

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

Legálně dostupné drogy a jejich vliv na zdraví
mládeže

Legally Accessible Drugs and Their Influence
On The Health of Young People

STUDIJNÍ PROGRAM

Specializace v pedagogice

STUDIJNÍ OBOR

Učitelství praktického vyučování a odborného
výcviku

VEDOUCÍ PRÁCE

PhDr. Jarmila Vobořilová

STACHOVÁ

NADĚŽDA

2018

I. OSOBNÍ A STUDIJNÍ ÚDAJE

Příjmení: Stachová Jméno: Naděžda Osobní číslo: 462072
Fakulta/ústav: Masarykův ústav vyšších studií (MÚVS)
Zadávající katedra/ústav: Oddělení pedagogických a psychologických studií
Studijní program: (B7507) Specializace v pedagogice
Studijní obor: (7507R056) Učitelství praktického vyučování a odborného výcviku

II. ÚDAJE K BAKALÁŘSKÉ PRÁCI

Název bakalářské práce:
Legálně dostupné drogy a jejich vliv na zdraví mládeže

Název bakalářské práce anglicky:
Legally Accessible Drugs and Their Influence On The Health of Young people

Pokyny pro vypracování:
Cílem bakalářské práce je podání ucelených informací o problematice nejznámějších legálně dostupných drog, které mohou ovlivnit zdraví středoškolské mládeže. Charakter bakalářské práce bude teoreticko - empirický. V teoretické části bude zmapována a popsána, dle odborné literatury, problematika nejznámějších legálně dostupných drog jako jsou alkohol, tabák, kofein, léky, těkavé látky a jejich primární prevence ze strany školy. Na základě zjištěných faktů bude provedeno empirické šetření. Ze zjištěných dat budou vyvozeny závěry, které mohou pomoci k vytvoření programu prevence na uvedených školách.

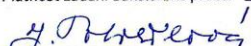
Seznam doporučené literatury:
KALINA, Kamil a kol. Základy klinické adiktologie. Vydání 1. Praha: Grada Publishing, a.s., 2008. 392 s. ISBN 978-80-247-1411-0
FISCHER, Slavomil., ŠKODA, Jiří. Sociální patologie. Vydání 2. Praha: Grada Publishing, a.s., 2014. 232 s. ISBN 978-80-247-5046-0
NEŠPOR, Karel, ČSĚMY, Ladislav. Alkohol, drogy a vaše děti. Vy-dalo: FIT IN Praha, 1992
TYLER, Andrew. Drogy v ulicích: mýty-fakta-rady. Praha. Vydal: Ivo Železný, s.r.o, 2000. ISBN 80-237-3606-X


Jméno a pracoviště vedoucí(ho) bakalářské práce:
PhDr. Jarmila Vobořilová, MÚVS ČVUT - oddělení pedagogických a psychologických studií

Jméno a pracoviště konzultanta(ky) bakalářské práce:

Datum zadání bakalářské práce: 06.12.2017 Termín odevzdání bakalářské práce: 04.05.2018

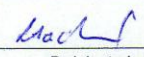
Platnost zadání bakalářské práce: 30.09.2019


Podpis vedoucí(ho) práce


Podpis vedoucí(ho) ústavu/katedry


Podpis děkana(ky)

III. PŘEVZETÍ ZADÁNÍ

08.03.2018 
Datum převzetí zadání Podpis studenta(ky)

STACHOVÁ, Naděžda. *Legálně dostupné drogy a jejich vliv na zdraví mládeže*. Praha: ČVUT 2018. Bakalářská práce. České vysoké učení technické v Praze, Masarykův ústav vyšších studií.



**MASARYKŮV ÚSTAV
VYŠŠÍCH STUDIÍ
ČVUT V PRAZE**

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem svou bakalářskou práci vypracovala samostatně. Dále prohlašuji, že jsem všechny použité zdroje správně a úplně citovala a uvádím je v příloženém seznamu použité literatury.

Nemám závažný důvod proti zpřístupňování této závěrečné práce v souladu se zákonem č. 121/2000 Sb., o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) v platném znění.

V Praze dne: 04. 05. 2018

Podpis:

Poděkování

Velké poděkování patří paní PhDr. Jarmile Vobořilové za odborné vedení, poskytnutí cenných rad, informací, trpělivost a především za čas, který mi po dobu psaní bakalářské práce věnovala. Poděkování náleží také všem ředitelům, kteří mi umožnili provádět empirické šetření na jejich školách. Dále všem metodikům primární prevence, kteří mi věnovali čas a poskytli mi rozhovory. V neposlední řadě bych také ráda poděkovala své rodině za podporu, vstřícnost a trpělivost při psaní této práce.

Abstrakt

Bakalářská práce se zabývá legálně dostupnými drogami a jejich vlivem na zdraví mládeže. Cílem bakalářské práce je podání ucelených informací o problematice nejznámějších legálně dostupných drog, které mohou ovlivnit zdraví středoškolské mládeže. Teoretická část se věnuje základním pojmům drogové problematiky, drogovému užívání u mládeže a drogové závislosti. Dále se věnuje konkrétním legálně dostupným drogám, jako jsou alkohol, tabák, kofein, léky a těkavé látky. Zde jsou charakterizovány především jejich znaky, druhy, účinky, projevy, důsledky a možnosti léčby. Teoretická část je zakončena primární prevencí na školách a v rodině, včetně subjektů, které poskytují odbornou pomoc pro osoby ohrožené návykovými látkami.

V praktické části jsou uvedeny výsledky empirického šetření, jehož cílem bylo zjistit, zda užívání alkoholu a tabáku je rozdílné z pohledu dívek a chlapců. Dále zjišťuji, zda studenti považují alkohol, cigarety a léky za snadno či obtížně dostupné. V závěru bakalářské práce pak vyhodnocuji, zda studenti hodnotí drogovou prevenci ze strany škol za účinnou, nebo spíše neúčinnou.

Klíčová slova

Droga, závislost, alkohol, tabák, kofein, léky, těkavé látky, prevence

Abstract

My bachelor work pursues the legally available drugs and their influence on the health of young people. The goal of my bachelor work is giving the complete information about the issue of the most famous legally available drugs which can affect the health of the high school young people. The theoretical part is dedicated to the basic terms of the drug issue, drug using among the young people and the drug addiction. It is also dedicated to the specific legally available drugs such as alcohol, tobacco, caffeine, medicaments and volatile substances. Their signs, kinds, effects, shows, consequences and possibilities of treatment are mainly characterized in my work. The theoretical part ends with the primary prevention at schools and in the families, including subjects which provide professional help to people threatened by the addictive substances. In the practical part, there are given results of the empiric research whose goal was to find out whether the use of alcohol and tobacco is different in the perspective of girls and boys. I also find out whether the students consider alcohol, cigarettes and medicaments easily or hardly available. At the end of the bachelor work I assess whether the students consider the school drug prevention effective or ineffective.

Key words

Drug, addiction, alcohol, tobacco, caffeine, medicaments, volatile substances, prevention

Obsah

Úvod	5
1 Droga, základní pojmy	8
1.1 Rozdělení drog	8
1.2 Mládež a užívání drog	9
1.3 Závislost	9
1.3.1 Vznik závislosti	10
1.3.2 Rizikové faktory závislosti	10
1.3.3 Druhy závislosti	10
1.3.4 Znaký závislosti	11
1.4 Působení návykových látek u dospívajících	11
1.5 Léčba dospívajících	12
2 Alkohol	12
2.1 Účinky	13
2.2 Metabolismus alkoholu	13
2.2.1 Metabolismus etanolu	13
2.3 Tržní druhy alkoholu	14
2.4 Rozdělení konzumentů podle vztahu k alkoholu	14
2.5 Stádia opilosti	14
2.6 Závislost na alkoholu	15
2.6.1 Rizika vzniku závislosti	15
2.6.2 Vznik a rozvoj závislosti	16
2.6.3 Vliv alkoholové závislosti na organismus	17
2.7 Varovné signály	17
2.8 Nepříznivé účinky alkoholu na zdraví konzumenta	17
2.9 Léčba závislosti	22
2.9.1 Formy léčby	22
2.9.2 Možné postupy alkoholové léčby	23
2.10 Užívání alkoholu v České republice	24
3 Tabák	25
3.1 Účinky	25

3.2	Metabolismus nikotinu	26
3.3	Cigaretový kouř	26
3.4	Formy tabáku	26
3.5	Pasivní kouření	27
3.6	Rozdělení kuřáků	27
3.7	Závislost na nikotinu	28
3.7.1	Druhy závislosti	28
3.7.2	Vznik a rozvoj závislosti	28
3.7.3	Abstinenční příznaky	29
3.8	Nepříznivé účinky kouření na zdraví uživatele	29
3.9	Léčba	31
3.10	Užívání tabáku v České republice	32
4	Kofein	33
4.1	Účinky	33
4.2	Formy kofeinu	34
4.3	Závislost na kofeinu	34
4.4	Nepříznivé účinky kofeinu na zdraví konzumenta	35
4.5	Léčba	35
5	Léky	35
5.1	Léky s možným vznikem závislosti	36
5.2	Účinky	37
5.3	Závislost na lécích	37
5.4	Nepříznivé účinky léků na zdraví uživatele	38
5.5	Léčba závislosti hypnotik, anxiolytik a analgetik	39
5.6	Varovné signály	39
6	Těkavé látky	40
6.1	Způsoby aplikace	40
6.2	Účinky	40
6.3	Druhy těkavých látek	41
6.4	Závislost na těkavých látkách	41
6.5	Nepříznivé účinky těkavých látek na zdraví uživatele	42
6.6	Varovné signály	43

6.7	Léčba závislosti	43
6.8	Užívání těkavých látek a léků se sedativním účinkem v České republice.....	44
7	Prevence	44
7.1	Primární prevence na škole	45
7.1.1	Doporučené postupy školy u návykových látek	47
7.1.2	Konzumace návykových látek ve škole	48
7.1.3	Distribuce návykových látek ve škole	49
7.1.4	Nález návykové látky ve škole	49
7.2	Primární prevence rizikového chování ve městě Plzni	50
7.3	Prevence v rodině	51
7.4	Výsledky studie ESPAD 2007	52
7.5	Odborná pomoc	52
8	Zákonné normy České republiky	53
9	Praktická část	56
9.1	Cíle empirického výzkumu	56
9.2	Výzkumná metoda	56
9.3	Charakteristika výzkumného souboru	57
9.4	Stanovení hypotéz	57
10	Vyhodnocení dotazníkového šetření	57
10.1	Obecné údaje o respondentech	58
10.2	Vyhodnocení dotazníkového šetření	61
11	Rozhovory s metodiky primární prevence	91
	Závěr	97
12	Seznam použité literatury	101
13	Elektronické zdroje	104
14	Seznam příloh	106

Úvod

Pro svou bakalářskou práci jsem zvolila téma „Legálně dostupné drogy a jejich vliv na zdraví mládeže“. Uvedené téma jsem volila z důvodu jeho aktuálnosti a důležitosti, neboť drogami různého typu jsme obklopeni na každém kroku. Látky, které ovlivňují psychiku a schopnost vyvolat závislost, jsou všude okolo nás. Při vstupu do tržní sítě zjistíme, že drogy tvoří podstatnou část současné nabídky. Jedná se o drogy v naší společnosti tolerované a běžné. K jejich legalizaci přispěl významně kulturní, společenský i historický vývoj. V mé bakalářské práci jsem se především zaměřila na alkohol, kofein, tabák, nejrozšířenější léky a těkavé látky. Cílem mé bakalářské práce je podání ucelených informací o problematice nejznámějších legálně dostupných drog a jejich možný vliv na zdraví středoškolské mládeže. Domnívám se, že mezi důvody, proč někteří dospívající sahají po legálně dostupných drogách, je poměrně snadná dostupnost, která vede ke snaze uniknout nepříjemným pocitům, nepříznivé životní situaci, zvědavosti a napodobování dospělých. Za mnohem větší důvod lze ale považovat ovlivňování kamarády, spolužáky, party a v neposlední řadě všudypřítomné reklamy. Legálně dostupné drogy nabízí mládeži jednoduchou cestu k jejich řešení. S jejich narůstající spotřebou zákonitě přibývá následků souvisejících s jejich užíváním, mimo jiné i závislostí.

Bakalářská práce má teoreticko-empirický charakter. V teoretické části jsou zpracovány poznatky z odborné literatury, jsou charakterizovány základní pojmy drogové problematiky, užívání drog u mládeže a drogové závislosti. Následně jsou probrány konkrétní legálně dostupné drogy, jako jsou alkohol, tabák, kofein, léky a těkavé látky. Jsou zde uvedeny především jejich znaky, druhy, účinky, projevy, důsledky a možnosti léčby. Závěr práce bude věnován primární prevenci na školách a v rodině.

Praktická část prezentuje výsledky kvantitativně kvalitativní sondy, kde zvolenou technikou sběru dat bude nestandardizovaný dotazník. Ten bude rozdělen do šesti částí s celkem 30ti otázkami. Cílem práce bude zjistit, jaké jsou postoje a zkušenosti studentů středních škol na legálně dostupné drogy, zda užívání alkoholu a tabáku je rozdílné z pohledu dívek a chlapců. Jestli alkohol, cigarety a léky považují studenti za snadno, či obtížně dostupné. Dále z dotazníkového šetření zjistíme, jak studenti hodnotí drogovou prevenci ze strany škol. Na základě tohoto zjištění budou provedeny rozhovory s metodiky primární prevence. Výsledky empirické sondy a její závěry mohou

pomoci k zvýšení či vytvoření programu prevence na jednotlivých školách, kde bylo provedeno empirické šetření.

TEORETICKÁ ČÁST

1 Droga, základní pojmy

Pojem „droga“

V minulosti byla „droga“ označována jako surovina živočišného nebo rostlinného původu používaná jako léčivo. Tento pojem pochází z nizozemského *droog*, což znamená něco suchého, suchý. (Nožina, 1997) Drogu (psychotropní látku) lze chápat jako každou látku, ať již syntetickou nebo přírodní, která splňuje dva základní požadavky. Jedním požadavkem je psychotropní efekt – působí na psychiku, mění naše prožívání okolní reality a vnitřní naladění. Druhý požadavek může způsobovat závislost tzv. potenciál závislosti – může být větší nebo menší, ale vždy je přítomen. (Presl, 1994)

Úzus, abúzus, misúzus, craving

Úzus znamená užití nebo užívání drogy v kontrolovatelném, omezeném množství, které nepoškozuje zdraví.

Abúzus znamená zneužívání drogy příliš často, nebo v přílišném množství. (Nožina, 1997)

Misúzus – tímto termínem je především označována nevhodná aplikace léků (Urban, 1973)

Craving – nebo-li bažení – touha pocítovat účinky psychoaktivní látky, s níž měla osoba dříve zkušenost. (Nešpor, Csémy, 1999)

1.1 Rozdělení drog

Kalina ve své publikaci *Základy klinické adiktologie* rozděluje drogy podle účinků na psychiku a podle míry rizika vzniku závislosti.

Podle účinků na psychiku

- *Tlumivé látky* – zpomalují psychomotoriku – malé dávky zklidní, vyšší navodí spánek, kóma, může dojít až k zástavě životních funkcí.
- *Psychomotorická stimulancia* – zbaví člověka únavy, urychlí myšlenkové pochody, aktivují motoriku.
- *Halucinogeny* – změny vnímání od pouhého zaostření, až po stav podobný schizofrenii.

Podle míry rizika vzniku závislosti

Látky s vyšší mírou rizika jsou označovány jako „tvrdé“ nebo „těžké“. Látky s nižší mírou rizika jsou označovány jako „měkké“ nebo „lehké“. Rizika spojená s užíváním jsou míněna v duševní, tělesné i v sociální oblasti. (Kalina, 2008)

1.2 Mládež a užívání drog

Kritická doba počátku užívání drog je většinou mezi 12 a 14 lety, někdy i dříve. Od prvního konzumu až k úplné závislosti uplyne většinou několik měsíců. Návyky se vytváří postupně. Mládež má často obavu, že ji nikdo nebere vážně, to je spojeno se snadnou urážlivostí a nejistotou. Potřebují vnímat uznání a ocenění jejich kvalit. Jestliže se tohoto nedostává, začínají o sobě pochybovat, mají pocit selhání, úzkosti a strachu. Užívání drog se pak může stát jedinou možností zapomenout na frustrující situace, pocity ze selhání. Droga jim napomáhá k úniku od všední reality a vytěsňuje nepříjemné pocity méněcennosti. Přitom si neuvědomují, že oslabují dosud existující aktivní schopnosti k zvládnutí problémů a změny nálad.

(Göhlert, Kühn, 2001)

Heller a Pacinovská ve své knize Závislost známá neznámá se zmiňují o tom, že důležitou součástí a podmínkou pro vývoj návyku a závislosti jsou různé motivace vedoucí k užívání drog, kde se pokouší vystihnout alespoň jedny z nečastějších.

- *Motivace fyzická* – odstranění fyzických obtíží, fyzické uvolnění a uspokojení, udržet si fyzickou kondici.
- *Motivace emocionální* – pokus řešit osobní komplikace, uvolnění od psychické bolesti nebo špatné nálady, snížení úzkosti.
- *Motivace interpersonální* – získat uznání od vrstevníků a komunikovat s nimi, vzdorovat autoritě.
- *Motivace sociální* – unikat z nesnesitelných a obtížných podmínek prostředí, potřeba prosadit si sociální změny.
- *Motivace intelektuální* – zkoumat své vlastní podvědomí a vědomí, uniknout nudě, produkovat originální světové ideje.
- *Motivace filozofická* – hledat smysl života, nalézt vlastní já, objevovat významné hodnoty a pohledy na svět.
- *Motivace specifická* – osobní potřeba prožít dobrodružství, získat ocenění u určitých osob. (Heller, Pacinovská a kolektiv, 1996)

1.3 Závislost

Charakteristickým syndromem závislosti je touha, často silná, někdy přemáhající, brát psychoaktivní látky (alkohol, kouření, léky, aj.). (Nešpor, 2007)

1.3.1 Vznik závislosti

Proces vzniku závislosti podle Fischera a Škody můžeme rozdělit do 4 etap:

- 1) *Stádium experimentování* – občasné užití drogy přináší jedinci příjemné dosud nepoznané prožitky, problémy lze lépe zvládat než dříve. Negativní účinky drog nejsou patrné, před svým okolím lze tyto pokusy s drogami utajit.
- 2) *Stádium příležitostného užívání* – jedinec zjišťuje, že mu droga pomáhá při osobních i sociálních problémech nebo mu pomáhá zabíjet nudu. V tomto stádiu ještě jedinec není závislý, ale uvědomuje si nesprávnost svého chování.
- 3) *Stádium pravidelného užívání* – jedinec bere drogu čím dál častěji. Začíná být pro uživatele na prvním místě, přestává mu záležet na okolí.
- 4) *Stádium návykového užívání* – v tomto stádiu je droga pro jedince na prvním místě. Sociální vazby jsou přetrhané kromě party narkomanů. Nastávají somatické i psychické změny.

(Fischer, Škoda, 2014)

1.3.2 Rizikové faktory závislosti

Mezi základní faktory podílející se na vzniku každé závislosti patří osobnost člověka, jeho vlastnosti a vliv vnějšího prostředí. Hlavní roli při tom také hrají tyto faktory: stres, neuspokojivé sociální zázemí a neschopnost člověka uvědomit si, že řešit problémy lze i jinak než pomocí drog. Mezi sociální rizikové faktory bychom mohli zařadit: prostředí města – větší možnost nabídky drog, nefunkční rodina – dítě není vhodně vychováváno, citová deprivace, špatný vzor rodičů, neúspěchy ve škole, vliv party. Mezi psychické rizikové faktory se řadí: vnitřní nepohoda, podrážděnost, úzkost, deprese, nízká sebedůvěra, touha po poznání něčeho nového. Mezi rizikové faktory vzniku závislosti se řadí také věk. Nejvyšší riziko vzniku závislosti na drogách je u mladých lidí. V roce 1996 lidé ve věku 15 – 24 let tvořili 75% uživatelů drog. (Vágnerová, 2000)

1.3.3 Druhy závislosti

Rozlišujeme závislost fyzickou a psychickou.

Fyzická (somatická) závislost označuje rozvoj nepříjemných tělesných příznaků (např. pocení, třes, průjem, křeče), které po vysazení nebo prudkém snížení dávky mohou trvat několik dnů nebo týdnů.

Psychická závislost znamená touhu po navození příjemných duševních stavů. Po vysazení nebo prudkém snížení dávky přetrvává mnohem déle než fyzická závislost. (Malá, Pavlovský, 2002)

1.3.4 Znaký závislosti

Podle Nešpora definitivní diagnóza závislosti by se obvykle měla stanovit pouze tehdy, zda během roku dojde ke třem nebo více z následujících jevů:

- pocit puzení nebo silná touha užívat látku
- potíže se sebeovládáním pokud při užívání látky jde o začátek a ukončení nebo množství látky
- tělesný odvykací stav s úmyslem zmenšit příznaky vyvolané předchozím užitím látky
- průkaz tolerance k účinku látky jako vyžadování vyšších dávek, aby se dosáhlo účinku původně vyvolaného nižšími dávkami
- postupné zanedbávání jiných zájmů nebo potěšení ve prospěch užívané látky, navýšené množství času k získání látky nebo k zotavování po požití látky
- pokračování v užívání i přes známé škodlivé následky

(Nešpor, 2007)

1.4 Působení návykových látek u dospívajících

Možnosti působení návykových látek u dospívajících shrnuje následující přehled.

- Závislost na návykových látkách se vytváří rychleji řádově několik měsíců. U dospělého člověka se vytváří roky.
- Existuje zde vyšší riziko těžkých otrav s ohledem na menší zkušenost s návykovými látkami a sklonem k riskování. K nejčastějším příčinám smrti u dospívajících patří otravy, úrazy a jiné násilné příčiny smrti s tím i souvisí zneužívání návykových látek a alkoholu.
- S ohledem na menší zkušenost s návykovými látkami a sklonem k riskování je zde i vyšší riziko nebezpečného jednání.
- U dospívajících závislých na návykových látkách je patrné zřetelné zaostávání v psychosociálním vývoji (vzdělávání, sebekontrola, citové vyžívání, sociálních dovedností atd.).
- I pouhé experimentování s návykovými látkami je u dospívajících spojeno s problémy v různých oblastech života (škola, rodina, trestná činnost).
- Je zde častější tendence konzumu více návykových látek současně nebo přecházet od jedné ke druhé to opět způsobuje riziko otrav a jiných komplikací.
- Návraty k závislosti jsou časté. Důvodem je přirozený proces zrání u dospívajících. (Nešpor, 2007)

1.5 Léčba dospívajících

U léčby dospívajících se zpravidla využívá více léčebných postupů. Před zahájením léčby je nutné důkladné vyšetření a individualizovaný léčebný plán, který by měl být konzultován s rodiči. Cílem rodinné terapie s rodiči je dosáhnout přijatelné dohody, týkající se vzájemného soužití s prosazením pravidel. Časná intervence má příznivý vliv na zahájení léčby, která může být zjištěna např. v pedagogicko-psychologické poradně, vyšetřením u dětského nebo dorostového lékaře nebo ve školním prostředí. Závislí dospívající bývají často v sociálních dovednostech, pracovních, studijních a emočních zaostali. Jedním z úkolů léčby je pomoc jim toto zpoždění dohnat.

Pro vzdělávání v určitém stádiu léčby je potřebné vytvořit podmínky. Kvalitnější trávení volného času zvyšuje naději na úspěšnou léčbu. Pokud dospívající v léčbě spolupracuje, může mu být nabídnuta pomoc při jednání se školou, úřady. Sebevědomí adolescentů bývá často otřeseno. Slova jako toxikoman, alkoholik, je lépe před dospívajícími zásadně nepoužívat. Psychoterapie je podstatnou složkou léčby. Vzhledem k nevyzrálosti dospívajícího je vhodné je na skupinovou nebo individuální terapii připravit s terapeutem. Laičtí terapeuti a dobrovolníci v léčbě mohou být velmi prospěšní abstinující bývalí pacienti, pokud jsou věkem blízko. Komplikovaná situace nastává, jestliže rodiče léčbu vyžadují, zatímco nezletilý ji odmítá. Z právního hlediska je taková léčba možná, je ovšem nutno pracovat s motivací pacienta a jeho rodinou. (Nešpor, Csémy, 1996)

2 Alkohol

Konzumace alkoholu je v naší společnosti tolerovaným a běžným jevem, je drogou číslo 1. Podle negativních účinků na tělesné i duševní zdraví při nadměrném užívání stojí na rozhraní „lehké“ a „tvrdé“ drogy. Alkohol jako regulérní droga je doporučován některými lékaři v přiměřených dávkách jako vhodná prevence kardiovaskulárních onemocnění. Na druhé straně nelze zastírat fakt, že jeho abúzus, i když zde nedojde přímo ke vzniku závislosti, může být pro organismus vysoce rizikové. Negativní účinky na jaterní tkáň, žaludeční sliznici a jiné. (Presl, 1994)

Tyler ve své knize Drogy v ulicích vidí alkohol jako náš elixír a jed. Vždy společnost ví co dobrého a špatného nám přináší. Na jedné straně máme drogu, která může srazit k zemi dospělého člověka během krátké doby, která každý rok mrzačí a zabíjí tisíce lidí na silnicích, vyvolává závislost, násilí, nemoci a sebevraždy. Přesto však je veřejně propagován a volně přístupný, a tudíž není vnímán jako

droga nebezpečná, ale jako prostředek vzbuzující družnou a veselou náladu. (Tyler, 1988)

2.1 Účinky

Alkohol v malých dávkách obvykle uklidňuje, uvolňuje, pozvedá náladu, podporuje komunikaci, potlačuje problémy, odstraňuje sexuální zábrany, činí vše snadným a navíc ještě mnoha lidem chutná. Alkohol se převážně konzumuje na veřejnosti, kde se shledávají sociální skupiny. (Göhlert, Kühn, 2001) Ve větších dávkách má tlumivý účinek, opilý člověk usíná tam, kde se zrovna nachází. (Vágnerová, 2000)

2.2 Metabolismus alkoholu

Alkoholické nápoje přijímáme ústy neboli perorálně, vstřebává se v průběhu celého trávicího ústrojí, nejvíce však v tenkém střevě. Odtud se dostává do krve, cestou vrátnicové žíly do jater, dále do srdce a z něj tepnami do celého těla. Množství alkoholu, které proklné do jednotlivých orgánů, závisí na jejich prokrvení. Nejvyšší koncentrace nacházíme v ledvinách, játrech a mozku. Vstřebávání alkoholu závisí na řadě okolností – na koncentraci nápoje, na náplni žaludku, prokrvení jeho sliznice. Rychleji se vstřebávají koncentrované nápoje, nápoje obsahující oxid uhličitý, teplé nápoje vypité na lačno. Pomaleji se vstřebávají sladké nebo ledové nápoje vypité po jídle. (Heller, Pacinová a kolektiv, 1996)

Alkohol je sloučenina získaná kvašením cukru. Chemickou látkou, kterou lidé požívají, je etylalkohol (jinak nazývaný ethanol), který se skládá z uhlíku, vodíku a kyslíku. (Tyler, 1988)

2.2.1 Metabolismus etanolu

Etanol se metabolizuje z 80% v játrech a z 10% na jiných místech. Etanol je schopen zahltit přes $\frac{3}{4}$ všech oxidačních schopností organismu, a tím oslabit ostatní oxidační procesy, které procházející přes nikotinamid-adenin-dinukleotid – NAD. Tudy prochází metabolismus důležitých látek, jako jsou např. triacylglyceroly, mastné kyseliny, hormony. Nepříznivé působení etanolu se projeví nejen při jednorázové intoxikaci, ale také při dlouhodobém užívání alkoholu. (Skála, 1987)

Za fyziologické změny, které vyvolává konzumace alkoholu, však není zodpovědný etanol, ale acetaldehyd, který v organismu vzniká při oxidaci etanolu. Zvýšené množství acetaldehydu může vést k následujícím příznakům: zčervenání v obličeji, pocit horka, zvýšená teplota kůže, rozšíření cév, zrychlené dýchání a srdeční činnost, pokles krevního tlaku v důsledku rozšíření cév, zúžení průdušek, nevolnost,

zvracení, bolest hlavy, averze nebo euforické reakce (Fischer, Škoda, 2014)

2.3 Tržní druhy alkoholu

Heller, Pacinovská a kolektiv uvádí některé tržní druhy podle obsahu alkoholu: dezertní vína a aperitivy do 20% alkoholu, destiláty 40 – 60% alkoholu, likéry 25 – 30% alkoholu, 10 stupňové pivo 2,5 – 3,1% alkoholu, 12 stupňové pivo 3,8 – 4,7% alkoholu. Nealkoholické pivo do 0,59% alkoholu, což odpovídá ČSN pro nealkoholické nápoje (méně než 0,7%). (Heller, Pacinovská a kolektiv, 1996)

2.4 Rozdělení konzumentů podle vztahu k alkoholu

Lidé, kteří užívají alkoholické nápoje, můžeme rozdělit do čtyř skupin: abstinenti, konzumenti, pijáci a závislí na alkoholu.

- *Abstinenti* odmítají požití jakéhokoliv alkoholického nápoje. Z lékařského hlediska abstinentem můžeme nazvat člověka, který po dobu tří let nepožil jakýkoliv alkoholický nápoj.
- *Konzumenti* pijí alkoholické nápoje ve vhodném množství. Konkrétně pivo nebo víno po obědě nebo po práci. Do této kategorie bohužel patří velké procento mládeže, která by ovšem měla zůstat alespoň do osmnácti let ve skupině abstinentů.
- *Pijáci* konzumují alkoholické nápoje ne pro ukojení žízně, ale především proto, aby pocítili euforii (dobře se cítit), o které se domnívají, že je bez jakéhokoliv rizika.
- *Závislý na alkoholu* se vyvine z nevinného pijáka, často i tragicky končící člověk. (Skála, 1988)

2.5 Stádia opilosti

Mladiství v prvním alkoholovém opojení i při koncentraci alkoholu v krvi pod dvě promile mohou skýtat klinický obraz těžké otravy, zatímco dlouholetý alkoholik s více než čtyřmi promilemi se klinicky jeví jako lehce přiotrávený. (Göhlert, Kühn, 2001)

Akutní intoxikace alkoholem může být velmi vážným stavem. Může končit kómatem, udušením zvratky, depresí dechového centra a mnoha dalšími komplikacemi. (Kalina, 2008)

Intoxikace alkoholem se dá rozdělit:

- *0,5 až 1,0 g/l* – u některých osob nastupuje pocit uvolnění, snadněji navazují společenský kontakt. U 10% – 40% osob lze pozorovat poruchy prostorového vidění a šeroslepost.

- 1,1 až 1,5 g/l - objevuje se lehká opilost, která se dá zjistit u 50% - 90% postižených. Zvětšuje se ztráta sebekontroly, prodlužuje se reakční čas na sluchové a zrakové podněty, objevuje se značná motorická neohrabanost.
 - 1,6 až 2,0 g/l - nastává střední stupeň opilosti, který se dá pozorovat u 70% - 100% postižených. Objevuje se vrávorání a potácivá chůze, může dojít i k pádu. Dochází k hrubým poruchám chování se zlostnými afekty, pláčem a výkřiky.
 - 2,1 až 2,5 g/l - nastávají známky těžké opilosti u 90% - 100% postižených. Objevuje se špatná koordinace pohybů a poruchy rovnováhy.
 - 2,6 až 3,0 g/l - u 95% - 100% postižený je dezorientovaný, zmatený, neudrží se na nohou. Dostavují se poruchy vědomí a poruchy dýchání.
 - 3,1 až 4,0 g/l - jsou známky těžké alkoholové intoxikace téměř u 100% postižených. Objevuje se zástava dýchání a oběhu. Postižený upadá do bezvědomí, který má charakter hlubokého kómatu.
 - 5,0 g/l a výše - umírá více než 90% postižených
- Posuzování stavu opilosti se řídí klinickým pozorováním každého jednotlivce. (Skála, 1987)

2.6 Závislost na alkoholu

Závislost vzniká jako následek pravidelného a dlouhodobého nadužívání alkoholu. Délka vývoje závislosti je individuálně různá. (Vágnerová, 2000)

2.6.1 Rizika vzniku závislosti

Příčiny vzniku závislosti na konzumaci alkoholických nápojů jsou dány spolupůsobením několika faktorů.

- Genetická predispozice - americký alkohololog Jellinek zjistil, že potomci alkoholiků mají až 10x vyšší pravděpodobnost, že se stanou také alkoholiky. Mimořádně ohroženou skupinou jsou mladíci, jejichž otec je závislý na alkoholu. Rodinná zátěž se projevuje u 64% mužských potomků. Z tohoto je tedy zřejmé, že dědičnost má na vztah k alkoholu vliv. To, jakým způsobem naše geny ovládají vztah k alkoholu, není však dosud jednoznačně určeno. Většina lidí, kteří mají potíže s alkoholismem, se vyznačuje defektní formou genu, který v mozku kontroluje receptory pro příjemný pocit. Dále mají pravděpodobně sníženou produkci endorfinu, který zlepšuje náladu a zjasňuje náš pohled na svět. V dnešní době je však známo, že genů pro vztah k alkoholu je mnohem více. (© Mlčoch, Z. Genetika a alkoholizmus)

- Biologická predispozice - riziko spojené s užíváním alkoholu může být ovlivněno fyziologickými reakcemi (zejména průběhem metabolického zpracování). Někteří jedinci mohou mít po požití alkoholu oproti druhým zvlášť příjemné pocity, se zpracováním látky nemusí mít zřetelné obtíže (necítí kocovinu), proto zde vzniká větší pravděpodobnost vyššího množství a častějšího užívání alkoholu. (Fischer, Škoda 2014) Dále podíl na vzniku závislosti mají také psychické a sociální faktory, o kterých jsem se již zmiňovala v části 1.3.2.

2.6.2 Vznik a rozvoj závislosti

Rozvoj závislosti na alkoholu je nejčastěji popisován podle amerického původem českého alkoholologa E.M. Jellinka ve čtyřech následujících fázích:

- 1) *Stádium (počáteční, prealkoholické)*, ve kterém si uživatel uvědomuje, že jeho konzumace alkoholu je odlišná od druhých, že mu alkohol přináší úlevu od jeho problémů. Proto se navyšuje frekvence množství pití.
- 2) *Stádium (prodromální, varovné)*, alkohol začíná být zvykem, stoupá spotřeba, kontrola nad množstvím vypitého je narušena, začíná se stydět, objevují se okna (palimpsesty). Toto stádium přibližně odpovídá škodlivému užívání.
- 3) *Stádium (rozhodné, kruciólní)*, nad pitím alkoholu chybí jakákoliv kontrola. Konzument je přesvědčen, že kdyby chtěl, může kdykoliv přestat, ve skutečnosti potřebuje alkohol téměř denně. V důsledku časté konzumace narůstají konflikty, rozpady interpersonálních vztahů.
- 4) *Stádium (terminální, konečné)*, odpovídá nejvíce syndromu závislosti, konzument není schopen bez alkoholu vydržet, pije téměř nepřetržitě. Postupně dochází k sociálnímu úpadku, fyzickému a duševnímu chátrání. (Nešpor, 2007)

V lékařství se rozlišuje pět typů alkoholové závislosti:

- 1) *Typ alfa* - alkohol užívá kontrolovaně, dokáže abstinovat, ne navyšuje množství alkoholu.
- 2) *Typ beta* - příležitostný, víkendový konzument, konzumuje nadměrné množství, ale nepravidelně. Objevují se tělesné komplikace jako např. zánět nervů, gastritida a cirhóza jater.
- 3) *Typ gama* - konzument se již počítá k alkoholikům. Množství zkonsumovaného alkoholu se zvyšuje. Má časté středně těžké až těžké omámení, ještě je schopen abstinence.

- 4) *Typ delta* - mohou konzumaci alkoholu udržet pod kontrolou, jsou zřídka opilí, musí však denně a popřípadě i během noci pít a jsou málokdy úplně střízliví. Vyskytuje se ztráta abstinence.
- 5) *Typ epsilon* - je velmi vzácný, dochází k němu periodicky každých pár měsíců k vícedenním pijáckým excesům. Unikají z normálního života, aby se zase rychle vrátili. (Göhlert, Kühn, 2001)

2.6.3 Vliv alkoholové závislosti na organismus

Dlouhodobá konzumace alkoholu způsobuje změny ve většině mozkových struktur. Změny se vyskytují zejména ve funkci mezimozku, mozečku, spánkového a čelního laloku koncového mozku. Neuropatologické změny ve středním mozku, který je na zvýšenou hladinu etanolu zvláště citlivý, mají vliv pro vznik a rozvoj závislosti na alkoholu a rozpoznávacích funkcí. (Fischer, Škoda, 2014)

2.7 Varovné signály

Čím dříve se rozpozná skutečnost, že vaše dítě užívá alkohol, tím pro všechny lépe. Počínající problém ještě neznamena katastrofu a není tak důvod k panice.

- Počínající známky: alkohol v dechu (někdy maskují žvýkačkami a bonbony), zarudlé oči, zhoršená koordinace pohybu, nejistá chůze, ospalost, fyzická nebo slovní agrese.
- Známky dlouhodobého užívání: ubývání alkoholu v domácnosti, změna přátel, zhoršená péče o zevnějšek, zhoršení školního prospěchu, přecitlivělost, podrážděnost, třes, i když nepil alkohol, ospalost, častější úrazy, tzv. okna, odolnost vůči alkoholu se zvyšuje, tělesné nemoci - trávicí systém, krevní tlak. (Nešpor, Csémy, 1992)

2.8 Nepříznivé účinky alkoholu na zdraví konzumenta

Zdravotní důsledky

Alkohol je pro mladistvé mnohem nebezpečnější než pro dospělé. Jejich játra nejsou schopna odbourávat alkohol v takové míře jako u dospělých. Návyk na alkohol se vytváří mnohem rychleji než u dospělého. Alkoholické nápoje zvyšují u mládeže nebezpečí jaterních onemocnění, onemocnění trávicího ústrojí, vysokého krevního tlaku, nervového systému i duševních chorob. (Nešpor, Csémy, 1992)

P. Goodyer ještě dodává ve své knize *Drogy a teenageři*, že dospívající dívky snášejí alkohol hůře než chlapci. To je způsobeno tím,

že ženy mají v žaludku méně enzymu, který odbourává alkohol než muži. (Goodyer, 2001)

Jako příklad uvádím dobu, za kterou vymizí alkohol z krve u zdravého muže s hmotností 75 kg a zdravé ženy s hmotností 60 kg.

0,5 l - 10° piva - u muže 1h 43min.; u ženy 2h 32min.

0,5 l - 12° piva - u muže 2h 08min.; u ženy 3h 05min.

200 ml vína s obsahem 12% - u muže 2h 40min.; u ženy 4h 04min.

0,5 ml destilátu s obsahem 40% - u muže 2h 12min.; u ženy 3h 42min. (www.ibesip.cz)

Míra poškození organismu závisí na celkovém množství vypitého alkoholu, denní dávce a době trvání užívání. Dále na individuální vnímavosti, prodělaných nemocech a rodové dispozici. (Heller, Pacinovská a kolektiv, 1996) Většina lidí užívání alkoholu docela dobře zvládá, ale když chybuje, následky na zdraví mohou být ničivé. Typickým příznakem po alkoholovém vystřízlivění je kocovina. Mezi její příznaky patří: bušení v hlavě, slabost, nevolnost, způsobuje také dehydrataci, protože alkohol způsobuje časté vylučování vody z těla. (Tyler, 1988)

Dlouhodobé intenzivní pití

Pokud jde o dlouhodobé účinky, alkohol je spojován s vyskytujícími se onemocněními, a to jak jejich skutečnou příčinou, tak i jako komplikující faktor.

- **Nemoci jater**

Je-li jaterní buňka neustále zatěžována odbouráváním etanolu, dochází ke změnám v metabolismu lipidů. To vede k hromadění lipidů v jaterní buňce a vzniká jaterní steatóza (ztukovatění jater). Při tomto stavu jsou játra zvětšená, pacient je téměř bez obtíží. Pokud pití pokračuje, dochází k zániku jaterních buněk a tím k zánětlivé reakci, vzniká jaterní fibróza. Játra jsou zvětšená, někdy i citlivá. Po nadměrném užití alkoholu se může rozvinout akutní alkoholická hepatitida, která probíhá v podobě těžkého onemocnění s horečkami, žloutenkou, zvracením a bolestmi v nadbřišku. Onemocnění má vysokou úmrtnost (více než 50%). Pokud pití nadále pokračuje, dochází k uzlovitému bujení vaziva v játrech, které zcela utlačí zbývající jaterní tkáň, a tudíž se vyvíjí jaterní cirhóza (svraštění jater). Taková postižená játra ztrácejí svou funkci v metabolismu živin, v odstraňování toxických látek z organismu, udržování hladiny cukru v krvi a jiné. Projeví se řadou příznaků, např. trávicími obtížemi, únavou, otoky, poruchami krevní srážlivosti, žloutenkou a jinými kožními změnami. Tato diagnóza může postupně vyústit v jaterní selhání a následnou smrt.

- Slinivka břišní (pankreas)

Uvádí se, že téměř polovina onemocnění slinivky břišní souvisí s užíváním alkoholu. Setkáváme se s akutní i chronickou pankreatitidou, typický je chronický zánět s akutním zhoršením po alkoholovém užití. Chronická pankreatitida se projevuje určitými trávicími obtížemi. Akutní pankreatitida probíhá jako náhlá příhoda břišní.

- Trávicí ústrojí

Jsou poškozeny především sliznice od dutiny ústní až po konečník. Alkohol způsobuje překrvení sliznic, které umožňují prostup infekce sliznicemi a následné záněty. V žaludku vzniká atrofická gastritida, které je jednou z možností rakoviny žaludku. Na poškozené sliznici snáze vznikne žaludeční vřed. Toxický vliv alkoholu na tenké střevo způsobuje zhoršené vstřebávání živin a vitamínů. Dále alkohol ovlivňuje hybnost trávicí trubice a může tak být příčinou zvracení a křečovitého sevření žaludku. Opakované zvracení může způsobit trhliny na sliznici, které mohou být zdrojem krvácení.

- Ledviny

Nejsou alkoholem přímo poškozovány, ale vzhledem k navýšenému objemu tělesných tekutin je jejich funkce zvýšená.

- Srdce a krevní oběh

Jsou přímo poškozovány alkoholem a ohroženy zvýšením ukládáním lipidů do cévní stěny, způsobené poruchou přeměny lipidů v játrech. U časté konzumace velkého množství piva vzniká v důsledku nadměrného příjmu tekutin rozšíření srdce tzv. mnichovské srdce. Alkoholická kardiomyopatie - obtíže pacientů začínají zpravidla zrychlenou srdeční činností, předčasný srdeční stah, rychlé a nepravidelné údery srdeční, dušností, únava, noční kašel a otoky jako známky srdečního selhávání. Systémová arteriální hypertenze - zvýšený krevní tlak. Alkoholici trpí především častými záněty, které mají těžší průběh a vyšší úmrtnost.

- Hormonální poruchy

Nadprodukce hormonů prolaktinu, růstového hormonu a kortizolu, způsobuje změnu vzhledu alkoholiků (obezita v trupu, měsícovitý obličej, tenké končetiny). Opakem nadprodukce se hladiny hormonů snižují, testosteron u mužů a estrogen u žen. Nastává tak efekt, kdy muži ztrácí svou mužnost a ženy ženskost.

- Pohlavní systém

Pohlavní systém je postižen u obou pohlaví, klesá chuť, schopnost a sebekontrola. Je nižší pravděpodobnost oplození, u mužů se snižuje počet spermií.

- Hematologické poruchy

Někdy je to chudokrevnost z nedostatku železa v krvi, ale převážně makrocytární anemie (chudokrevnost z deficitu vitamínu B12). Dále najdeme nedostatek krevních destiček nebo chorobné snížení počtu bílých krvinek. Je prodloužená krvácivost a srážlivost, často dochází ke krvácení z nosu nebo k snadné tvorbě hematomů.

- Kožní projevy

Mohou být nápadné i diskrétní (zvětšení příušních slinných žláz, zarudnutí tváře, zarudnutí víček, překrvením spojivek a trhlíčkami ústních koutků). Často nacházíme hematomy, které alkoholik není schopen vysvětlit.

- Kostra

V důsledku dlouhodobého užívání alkoholu dochází k poruše metabolismu vitamínu D v játrech a tím se častěji a dříve projevuje osteoporóza. (Heller, Pacínovská a kolektiv, 1996)

V knize Drogy v ulicích ještě A. Tyler zmiňuje:

- Mozek

Tento orgán se dlouhodobým a častým pitím zmenšuje, dochází k selhávání paměti, zpomalené myšlení a stereotypní konverzace.

- Zánět periferních nervů

Je stav, ve kterém alkoholici pletou nohama a padají na zem. Nervová vlákna jsou bez přísunu vitamínů a tudíž nefunkční. Postiženy zánětem jsou především prsty na nohou i rukou, chodidla a ruce. Začíná to pálením a přechází do znecitlivění.

- Rakovina

O tomto problému spojeným s alkoholem se v lékařství stále diskutuje, existují důkazy o tom, že vysoký příjem alkoholu zvyšuje riziko některých druhů rakoviny. Mezi nejvíce rizikové orgány patří jazyk, ústa, hrdlo, hlasivky, játra, prsa.

- Náhlá úmrtí

Stejně jako ostatní drogy i extrémní množství rychle vypitého alkoholu může zabít. Neexistuje množství, které bychom mohli označit za smrtelné množství. (Tyler, 1988)

Psychické důsledky

Alkoholická intoxikace se ve větším rozsahu a intenzitě objevuje i v psychotickém stavu. Každá alkoholická psychóza je důsledkem dlouhodobého zneužívání alkoholu a je nutné ji považovat za vážnou chorobu, která zanechává na psychice postiženého trvalé následky. Rozlišujeme jednorázové intoxikace: prostá opilost, komplikovaná opilost, patická opilost.

- Prostá opilost (ebrietas simplex)

Běžný následek jednorázového nadměrného požití alkoholu. (Heller, Pacinovská a kolektiv, 1996) V knize Od návyku k závislosti patetickou opilost autoři vidí jako kvantitativní poruchu vědomí, jejíž stupeň je závislý na množství alkoholu, rychlosti vypití, na tělesné váze, na naplněnosti zažívacího traktu. (Göhlert, Kühn, 2001)

- Komplikovaná opilost (abrietas complicata)

Od prosté opilosti se odlišuje výraznou neschopností sebeovládání, dlouhodobou změnou psychického stavu a komplikacemi ve zdravotním stavu především v oblasti neurologické poruchy motoriky a reflexů.

- Patická opilost (ebrietas pathica)

Je to kvalitativní porucha vnímání i vědomí. Konzument je mráкотný, zmatený, úzkostný nebo má paranoidní stavy. Výskyt této opilosti se objevuje zřídka. (Heller, Pacinovská a kolektiv, 1996)

Dále rozlišujeme **akutní alkoholické psychózy**. Tyto psychózy vznikají důsledkem dlouhodobého nadměrného pití. Mezi takové řadíme: Delirium tremens, Alkoholická halucinóza, Alkoholická paranoidní psychóza.

- Delirium tremens

Je jedna z nečastějších alkoholických psychóz. K typickým znakům této psychózy patří: úzkostné stavy, nespavost, neklid, podrážděnost, divoké sny, zrakové iluze a halucinace, objevují se vidiny postav a zvířat, zmatenost, dezorientace. Ze somatických komplikací se objevuje třes, noční pot, nechutenství, pocit na zvracení, celková vyčerpanost. Pacient s touto psychózou musí být vždy hospitalizován, nejlépe na jednotce intenzivní péče.

- Alkoholická halucinóza

Je psychóza se sluchovými halucinacemi (hádaající se hlasy), provázenými pocitem pronásledování.

- Alkoholická paranoidní psychóza

Nejčastěji se vyskytuje u mužů. Klinicky se vyznačuje jako porucha vnímání a myšlení. Psychóza s masivními bludy jako je např. pronásledování, vztahovačnost, nedůvěřivost, podezřívavost, nevěry a žárlivosti. (Heller, Pacinovská a kolektiv, 1996)

Ještě rozlišujeme **psychózy s chronickým průběhem**. Mezi tyto psychózy řadíme: Korsakovu psychózu a Alkoholovou demenci.

- Korsakova psychóza

Korsakova psychóza se nejčastěji vyskytuje u žen okolo padesátého roku. Je to porucha krátkodobé paměti a dezorientace při zachování dávných zážitků a profesionálních dovedností. Mezery v paměti vyplňuje pacient smyšlenými událostmi, kterým sám věří.

- Alkoholová demence

Znamená úbytek duševních schopností. Přichází dříve oproti stařecké, již okolo 50. roku. Někdy může dojít ke kombinaci jiné duševní

choroby a závislosti na alkoholu. (Heller, Pacinovská a kolektiv, 1996). J. Skála ještě mezi alkoholické psychózy uvádí Alkoholickou epilepsii, jde o vzácné onemocnění, kde spouštěčem záchvatů je etanol. K vyléčení postačí abstinence alkoholu. (Skála, 1987)

2.9 Léčba závislosti

Po vysazení alkoholu nebo snížení potřebného množství v průběhu dlouhodobého užívání dochází k odvykacímu stavu tzv. alkoholovému abstinenčnímu syndromu. Při něm dochází k fyziologickým příznakům, jako jsou rychlé a nepravidelné úder srdce, zrychlená srdeční činnost, vzestup krevního tlaku, třes a pocení. Z psychických obtíží se objevuje úzkost, poruchy koncentrace, neklid, pocit únavy a vyčerpání, neschopnost výkonu, deprese. (Raboch, Pavlovský, 1998)

2.9.1 Formy léčby

Nešpor ve své knize Alkohol drogy a vaše dítě uvádí tyto formy léčby:

- *Jednorázová poradna, krátkodobá léčba, krizová pomoc*

Tato forma pomoci, může být vysoce účinná, je-li poskytnuta včas. Důležité je pracovat nejen s pacientem, ale i s rodiči.

- *Ambulantní léčba*

Její výhoda spočívá v tom, že dospívající zůstávají ve svém přirozeném prostředí. I zde je důležitá spolupráce s rodiči.

- *Ústavní léčba*

Její výhoda je, že pacient má nepřetržitou odbornou pomoc. Další výhoda je změna prostředí a vytržení ze spáru party. Ústavní léčba může být krátkodobá (tzv. detoxikační pobyty) např. 10 dní k překonání odvykacích potíží a zlepšení tělesného stavu. Dlouhodobá může trvat i několik let, při tom se využívají terapeutické komunity (léčebná společenství). (Nešpor, Csémy, 1992)

- *Terapeutické komunity*

Vytvářejí dobré komunikace na všech úrovních, podíl na rozhodování, kolektivnost, využívání sociálního učení, při kterém dostává člen komunity bezprostřední zpětnou informaci o tom, jak jeho chování působí na ostatní. Klasické terapeutické komunity pracují podle amerických vzorů, kdy doba léčby může trvat jeden nebo více roků. Dělí se na úvodní stádium, doba léčby (do 60 dnů), dále pokračuje stádium primární léčby (2-12 měsíců) a posledním stádiem je návrat do společnosti (trvá 13-24 měsíců). (Nešpor, 2007) O dalších svépomocných organizacích, které mohou pomoci při odvykání, se zmiňuje Heller a Pacinovská v knize Závislost známá neznámá.

▪ *Abstinentní kluby*

Jejich činnost může být velice široká počínaje schůzkami abstinujících závislých, až po programy, kterých se může zúčastnit celá rodina nebo přátelé (výlety, tábory).

▪ *Anonymní alkoholici*

Je společenství lidí, kteří sdílejí zkušenosti a naději, že mohou vyřešit svůj společný život a pomoci ostatním uzdravit se z alkoholu. Jediným požadavkem společenství je touha zastavit alkoholické pití. (Heller, Pacinovská a kolektiv, 1996)

Základní neopomíjená velmi důležitá pro léčbu závislosti na alkoholu je následná péče (doléčování). Doléčování navazuje na jednorázovou, ambulantní a především ústavní péči. Sleduje dlouhodobý efekt léčby a zdůrazňuje proto prevenci k návratu k alkoholu. (Skála, 1987)

2.9.2 Možné postupy alkoholové léčby

Nešpor ve své knize léčba a prevence závislosti uvádí tyto:

▪ *Kontrolované pití*

Při tomto postupu je možné využít přístroje, umožňující rozpoznávat určitou kritickou hladinu alkoholu v krvi, která by neměla přesáhnout 0,5 promile. Aby měl pacient své pití pod kontrolou, doporučuje se dodržovat tyto prvky:

- nižší koncentrace alkoholu
- menší doušky a frekvence
- kratší doba pití
- zásadně nepít na lačno
- pokud je piják ve společnosti, doporučuje se napodobovat osobu, která pije zdrženlivě

▪ *Biologická léčba*

Antabus (disulfiram)

V minulosti se u nás používal k léčbě u nemotivovaných pacientů s nedobrovolnou léčbou. Dnes je používán pouze u pacientů, kteří usilují o abstinenci a nemají žádné nežádoucí účinky. V kombinaci s psychoterapií pacientovi usnadňuje vytvoření nových vzorců chování.

Naltrexon

V dosavadních studiích pravděpodobně nejbezpečnější a zároveň nejúčinnější preparát k snižování touhy po alkoholu.

Vitamíny a hepatoprotetika

Kromě lékařského efektu může takováto podpůrná medikace napomoci pro další prvky léčebného programu. (Nešpor, Csémy, 1996)

▪ *Psychoterapie*

Tvoří podstatnou součást léčebných programů pro lidi závislé na návykových látkách. Existují velmi odlišné psychoterapeutické směry

a formy. Jednou z možných psychoterapií je posilování motivace, způsoby odmítání alkoholu, zvládnutí obtížných situací, sebeodměňování a posilování pozitivního chování. Dále intrapersonální (zvládnutí myšlenek na alkohol) a interpersonální dovednosti (odmítnutí alkoholu). Jako psychoterapii lze využít i Muzikoterapii, Arterapii, Poetoterapii. Muzikoterapie - využívá se zpěvu a hry na hudební nástroje. Arterapii využívají zejména mladí lidé, kteří kreslí své pocity. Poetoterapie - pacienti své pocity vyjadřují básněmi, říkadly, rýmováčkami. Skupinová psychoterapie se upřednostňuje před terapií individuální, kdy důvodem je větší otevřenost a skupinový tlak ke změně. (Nešpor, Csémy, 1996) J. Skála ještě dodává rodinnou terapii, která se zaměřuje na vztahy rodičů a dětí. (Skála, 1987)

2.10 Užívání alkoholu v České republice

Užívání alkoholických nápojů je mezi mladými lidmi výrazně rozšířené. Nejčastěji to bývá na rodinných oslavách, vinobraní, pivních slavnostech. Smutné na tom je, že alkohol jim nabízí sami rodiče.

▪ *Evropská školní studie o alkoholu a jiných drogách (ESPAD) 2015*
Studie ESPAD je prováděna v pravidelných 4letých intervalech již od r. 1995. Sběr dat v roce 2015 v České republice koordinovalo Národní monitorovací středisko pro drogy a závislé ve spolupráci s Národním ústavem duševního zdraví a agenturou Focus. Cílovou skupinou byli studenti (16letí) narození v roce 1999. Sběr dat proběhl v červnu 2015 na 208 školách a 309 tříd. Celkem bylo v ČR v r. 2015 sesbíráno 6707 dotazníků, po kontrole a čištění dat byl výsledek 6151 studentů.

Výsledky studie ESPAD 2015 v ČR:

průměrný věk konzumace první sklenice alkoholu je 12,6 let;

95,8% studentů ochutnalo v životě alkohol;

68,5% studentů v posledních dnech pilo alkohol;

41,9% studentů v posledních 30 dnech pilo 5 a více sklenic alkoholu při jedné příležitosti;

12,1% studentů uvádí pití nadměrných dávek alespoň jednou týdně;

80% a více studentů si dokáže snadno obstarat pivo;

50% studentů si snadno obstará jiný druh alkoholu.

▪ *Validizační studie ESPAD 2016*

Cílem validizační studie 2016 bylo potvrdit nebo vyvrátit zjištění ve studii ESPAD 2015. Této studii se zúčastnilo 115 škol v celé ČR. Cílovou skupinou byli studenti (16letí, narození v roce 2000). Po kontrole a čištění dat byl výsledek 5364 studentů.

Výsledky validizační studie ESPAD 2016:

40,6% studentů v posledních 30 dnech pilo 5 a více sklenic alkoholu

při jedné příležitosti;
12,5% studentů uvádí pití nadměrných dávek alespoň jednou týdně.
(© Zaostřeno 5/září 2016)

▪ *Mezinárodní zpráva o zdraví a životním stylu dětí a školáků*
na základě výzkumu Health Behaviour in School-Aged Children realizované v roce 2014. Sběr dat se uskutečnil v roce 2013/2014.
Podle věkových skupin: 11letí - 1574 respondentů; 13letí - 1721 respondentů; 15letí - 1760 respondentů.
2 a vícekrát se opily -3%-11letých; 12% -13letých; 61% -15letých.
První opilost ve věku 13let a méně (odpovídají 15letí) - 21%.
První zkušenost s alkoholem ve věku 13let a méně (odp. 15letí)- 50%.
Konzumace alkoholu alespoň jednou týdně- 9% -11letých; 14% -13 letých; 34% - 15letých.
(© Mezinárodní zpráva o zdraví a životním stylu dětí a školáků; 2016)

3 Tabák

Neexistuje žádná jiná droga, která by byla snadno dostupná, legální a tak společensky tolerovaná, jako je právě tabák. (Králíková, Kozák, 1997) Heller a Pacinová se ve své knize zabývající se tématem dětí a kouření, upozorňují na fakt, že kouření ve srovnání s alkoholem je mnohem výraznější hromadný jev. Cigareta symbolizuje dospělost a mužnost. V každém přibývajícím ročníku základní školy každoročně přibývají mezi žáky další pravidelní či nepravidelní kuřáci. Dále autoři tvrdí, že kuřáctví je také spojeno s prospěchem. Čím horší prospěch, tím více a častěji jsou kouřeny cigarety. (Heller, Pacinová a kolektiv, 1996)

3.1 Účinky

Tabák byl vždy pěstován jako lék, okrasná rostlina a droga. Účinnou látkou je nikotin a další ne zcela známé množství látek organických i anorganických. (Riesel, 1999)

Vliv nikotinu je patrný nejen na činnost mozku, ale i na ostatní části těla. V mozku povzbuzuje činnost (soustředění), ve větších dávkách vede k tlumivému efektu (uklidnění). Nikotin ovlivňuje téměř celý systém žláz s vnitřní sekrecí, což má za následek ovlivňování nálady, chování kuřáka a chuť k dalšímu kouření. Nikotin také působí na cévy a srdce, urychluje peristaltiku zažívacího traktu a mnoho dalších vlivů, které jistě ještě neznáme. (Králíková, Kozák, 1997)

3.2 Metabolismus nikotinu

Nikotin je absorbován sliznicemi. Většina inhalovaného nikotinu se rychle metabolizuje v játrech, kde se odbourává po 3 až 4 dnech. Jeho hlavním metabolitem je kotinin. Průměrně trvá 40 minut po inhalaci cigaretového kouře, než se nikotin dostane do krve. Zásadní vliv na vylučování nikotinu z těla má PH moči. Zásaditá moč snižuje vylučování nikotinu. Kyselá moč podporuje vylučování nikotinu, což má za následek dodání dalšího nikotinu do organismu. Kyselou reakci v moči vyvolává emocionální stres. (Kozák, 1993)

3.3 Cigaretový kouř

Cigaretový kouř tvoří řádově tisíce chemických látek. Pouze jedna z nich „nikotin“ je návykový, dalších 60-100 pak má karcinogenní účinky. (Pokorný, Telcová, Tomko, 2002) Cigaretový kouř obsahuje látky dráždící dýchací systém, oči a toxické látky (amoniak, akrolein, oxid uhelnatý, formaldehyd, kyanid, nikotin, oxidy dusíku, fenol, toluen, oxidy síry). Dále nikotin obsahuje karcinogeny (látky způsobující rakovinu), mutageny (látky ovlivňující genetickou informaci v DNA chromozomů) a reproduktivně-toxické látky (látky zhoršující schopnost početí dítěte). Kouř z cigaret je zařazen do seznamu karcinogenů I, třídy A (nejvyšší nebezpečnost).

(© <http://www.kurakova-plice.cz>)

3.4 Formy tabáku

Za formy tabáku se považuje například bezdýmný tabák, vodní dýmky, dýmky, doutníky, cigarety a elektronické cigarety.

- *Bez dýmný tabák* - jedná se o tabák, který se nespaluje, aplikuje se do úst (žvýkací), nebo do nosu (šňupací). Je méně škodlivý než při kouření, nicméně také obsahuje karcinogenní a jiné toxické látky.
- *Vodní dýmky* - jsou nejvíce oblíbené u mladých lidí v domnění, že nekouří, ale opak je pravdou. Ve vodní dýmce nehoří přímo tabák, ale uhlík. Kouř se ve vodě nepročistí, jen se ochladí. Chladný kouř se pak snadněji ve vyšší dávce oproti horkému vdechne hluboko do plic.
- *Dýmky, doutníky* - vzhledem k tomu, že kouř z dýmek a doutníků má zásaditější pH, nikotin je vstřebáván již v dutině ústní, jeho vdechování je obtížnější a dráždivější.

- *Cigarety* - nečastější forma spalování tabáku. Na trhu jsou také cigarety s označením lehké, toto označení je jen komerční, v těchto cigaretách je stejně nikotinu jako u běžných cigaret.
- *Elektronické cigarety* - jsou systémy, kde se zahřívá tekutina většinou s příchutí a nikotinem. Jedná se tzv. vapování, což je inhalace nikotinu bez hoření. Elektronické cigarety byly při jedné studii přirovnávány k toustovači: pokud toust v několika cyklech spálíte, bude obsahovat karcinogenní látky. V současné době jsou elektronické cigarety doporučovány lidem, kterým se nepodařilo přestat kouřit, nebo nechtějí. (Králíková, 2015)

3.5 Pasivní kouření

Pro pasivní kouření se používá zkratka ETS (environmental tobacco smoke). Kouř vdechovaný při ETS pochází jednak z doutnající cigarety a jednak je vydechován kuřákem. Pasivní kouření má vliv na dýchací systém (astma, infekce dýchacích cest, zánět středního ucha) a na reprodukční zdraví. Dále pasivní kouření má karcinogenní účinky (rakovina obecně, rakovina plic, rakovina nosních dutin), může mít také za následek srdeční onemocnění (infarkt myokardu, angina pectoris) a v neposlední řadě náhlá smrt. (Institut zdravotní politiky a ekonomiky, 2004)

3.6 Rozdělení kuřáků

Aktivní kuřáky můžeme rozdělit do čtyř skupin: alfa kuřáci, beta kuřáci, gama kuřáci a delta kuřáci.

- *Alfa kuřáci* sami si kupují cigarety, kouří denně do 5 cigaret, ale nešlukují (nevdechují kouř).
- *Beta kuřáci* nekupují si sami cigarety, pouze přijímají nabízené. Kouří denně do 5 cigaret, ale nešlukují.
- *Gama kuřáci* kouří denně více než 10 cigaret a šlukují (vdechují kouř). Toto období se dá označit jako přechodné.
- *Delta kuřáci* jsou kuřáci závislí na nikotinu. Jestliže hladina nikotinu je v krvi nízká, delta kuřák trpí, prožívá odvykací příznaky, a proto kouří jednu cigaretu za druhou. (Skála, 1988)

Česká kardiologická společnost rozděluje kuřáky na:

- *Pravidelný kuřák* - kouří alespoň jednu cigaretu denně.
- *Příležitostný kuřák* - kouří méně než jednu cigaretu denně.
- *Bývalý kuřák* - vykouřil během života více než 100 cigaret.
- *Nekuřák* - nikdy nevykouřil více jak 100 cigaret. (Česká kardiologická společnost, 2006)

3.7 Závislost na nikotinu

Závislost na nikotinu nemusí vzniknout u každého kuřáka, mohou být i kuřáci, kteří kouří celý život pouze příležitostně. Příležitostných kuřáků bývá pouze menšina. Naprostá většina, asi 85% pravidelných kuřáků, jsou závislí na nikotinu. Průměrně dochází k závislosti během dvou let. (Králíková, Kozák, 1997) V knize Lesk a bída drog autor P. Riesel konstatuje, že dospívající mládež, která nekouří cigarety, jen zřídka užívá jiné drogy. K cigaretám a pití alkoholu přiřazuje prostředí hospody, kde začíná marnění volného času. Čím mladší zneuživatel drogy, tím rychleji vzniká fyzická závislost. (Riesel, 1999)

3.7.1 Druhy závislosti

Závislost na nikotinu můžeme rozdělit na fyzickou a psychosociální. Závislost fyzická vzniká v mozku každého jedince, kde je určité množství nikotinových receptorů. Kuřákovi závislému na nikotinu počet nikotinových receptorů narůstá. Pokud závislý kuřák přestane kouřit, receptory způsobují abstinenční příznaky. Po jejich odeznění tyto receptory usínají. Stačí jedna cigareta a receptory se znovu aktivují. Závislost je zpět. Sociální závislost většinou vzniká ve společnosti, kde je nám dobře a všichni kolem nás kouří. Zůstat nekuřákem je těžké a po nějakém čase podlehneme a zapálíme si s ostatními, tak se pomalu stáváme kuřákem. Závislost psychická znamená kouřit v určitých situacích: ve stresu, po jídle, po sexu, při odpočinku. (Králíková, Kozák, 1997)

3.7.2 Vznik a rozvoj závislosti

Vzniku a rozvoj závislosti na nikotinu je závislý na několika faktorech.

- Typ kouřené cigarety; cigarety mají různé hodnoty dehtů a nikotinu.
- Počet vykouřených cigaret; kolísá od několika až po 50 až 60 cigaret denně.
- Množství vykouřeného tabáku, záleží na tom, zda byla cigareta vykouřena až do konce, neboť vysoký obsah nikotinu, dehtu a dalších látek je až na konci dokuřované cigarety oproti prvním tahům.
- Počet tahů z cigarety; kolísá od několika až po 20 tahů.
- Hloubka inhalace; má různé stupně od neinhlování, až do hluboké inhalace.
- Doba inhalace; je doba, po kterou je kouř zadržen v plicích. (Kozák, 1993)

3.7.3 Abstinenční příznaky

Abstinenční příznaky začínají obvykle 24 hodin po poslední dávce nikotinu. Mohou být doprovázeny neklidem, podrážděností, nespavostí, netrpělivostí, nepřátelským chováním, neschopností soustředit se, zpomalením srdečního pulzu, zvýšenou chutí k jídlu a depresemi. (Fischer, Škoda, 2014) Doba trvání těchto obtíží je individuální. Za nejhorší se považují první 3 týdny až 3 měsíce. (Králíková, Kozák, 1997) Česká kardiologická společnost ve své publikaci Doporučení pro léčbu závislosti na tabáku definuje dlouhodobou abstinenci jako dobu nejméně 6, ale spíše 12 měsíců od vykouření poslední cigarety. (Česká kardiologická společnost, 2006)

3.8 Nepříznivé účinky kouření na zdraví uživatele

Zdravotní důsledky

Riesel ve své knize Lesk a bída drog uvádí, že nebezpečí kouření je všeobecně podceňováno, důvodem toho je, že nepůsobí okamžité poruchy chování a devastaci osobnosti, jak to vidíme u jiných drog. Se zdravotními následky se setkáváme v pozdějším věku, ty jsou však již zdrcující. (Riesel, 1999) Bruno Comby, nejaktivnější osobnost boje proti kouření ve Francii, tvrdí, kdyby kuřák měnil barvu v obličeji, tak jako jeho plíce, určitě by bylo těch, kteří by byli ochotni si zapálit, mnohem méně. (Comby, 2007)

- Dutina ústní

Při vdechnutí kouře část nikotinu pronikne do krve přes ústní sliznici. Všichni kuřáci, aniž si to uvědomují, jsou intoxikováni nikotinem a polykají část kouře. Povlaky na rtech a na jazyku mohou způsobovat nádory horních cest dýchacích, rakovinu jazyka, rtů, hrtanu, hlasivek a tváře. Působením tabáku na krevní oběh se snižuje prokrvení dásní, což má za následek uvolňování zubů.

- Průdušky a plíce

Kouř z cigaret napadá plíce a ty se brání kašlem, kterým se čistí průdušky. Kouř poškozuje řasinky dýchacích cest, které chrání a čistí dýchací cesty. Neustálé dráždění dýchacích cest a nadprodukce hlenu vytváří různé obrazy chronické choroby průdušek. A to je výchozím stavem pro vznik rakoviny průdušek a plic.

- Kardiovaskulární systém

Účinky tabáku na srdce a tepny jsou podceňované, protože nejsou vidět. Zrychlení srdečního tepu při vykouření jedné cigarety se zvýší až o 10 úderů. Stejně tak arytmie vyvolaná oxidem uhelnatým. Tabák se podílí také na chátrání tkání tepen. Krev u kuřáka je

zhoustlá, je nucena kolovat částečně ucpanými tepnami. To má však za následek špatné prokrvení zejména dolních končetin což má za následek odumírání a tedy nutnost amputovat nohu. Zánět tepen je nemoc, která postihuje jen kuřáky. Srdce je napájeno koronární tepnou, ta, pokud se ucpe, srdce začne bít nepravidelně, až přestane bít úplně, dochází k infarktu. Tabák je příčinou poloviny infarktů myokardu, který má dvakrát tolik obětí než dopravní nehody.

- Nervový systém

Funkce nervového systému a mozku jsou spojeny s jejich okysličením. Každou vykouřenou cigaretou množství kyslíku klesá a dochází ke snížení efektivnosti nervového systému. Tabák tak zeslabuje paměť, vůli, schopnost koncentrace a zvyšuje únavu. Kouřit v době zkoušek se nedoporučuje. Dojem, že se po cigaretě člověk cítí lépe, je klamavý, vyvolává tak potřebu více kouřit a už je tu pak závislost.

- Pohlavní systém

U mužů kuřáku hladina testosteronu klesá, spermie jsou méně pohyblivé. Lze předpokládat, že tabák je jeden z faktorů vedoucí k impotenci. U žen kuřáček hrozí neplodnost.

- Tabák a krása

Dehtem žloutnou kuřákovy rty, zuby a prsty. Typický je zápach z úst. Tabák podporuje vznik vrásek. Vlasy se snáze lámou, protože kůže je hůře prokrvována. Tabák má vliv i na kůži, protože se ucpávají póry, kůže silných kuřáků je vysušená s nevýrazným odstínem. Tabák také dráždí hlasivky, což má za následek chraplavý hlas. (Comby, 2007)

- Akutní otrava nikotinem

Otrava nikotinem se projevuje studeným potem, bledostí, zvracením a bolestí hlavy. K smrtelné otravě dochází výjimečně u dětí a nekuřáků, kteří překročili únosnou dávku. Smrticí dávka nikotinu je 50 mg, jedna cigareta v průměru obsahuje 1-2 mg nikotinu, doutník 10mg nikotinu.

- Chronická otrava nikotinem

K té dochází u kuřáků, zvyšuje se tolerance na nikotin a tudíž je potřeba tělu dodávat větší dávky nikotinu. Důsledkem toho je změna nálad a duševního stavu. (Riesel, 1999)

Svobodová a Kozák se ještě zmiňují o vředové chorobě žaludku a dvanáctníku. Nemocní kuřáci hůře reagují na léčbu tohoto onemocnění, hojení žaludečního vředu je zpomaleno. U kuřáků s vředovou chorobou je úmrtnost 3 až 4krát vyšší než u nekuřáků. Dále se zmiňují o ostatních zhoubných onemocněních, jako je rakovina močového měchýře, žaludku, ledvin, slinivky břišní, u dívek rakovina děložního čípku. (Svobodová, Kozák, 1990)

Tabák zabíjí každoročně každého druhého konzumenta přibližně o 10 let dříve než nekuřáka. V České republice ročně umírá 23 tisíc lidí v důsledku nemocí spojených s tabákem. (Kalina, 2003)

Psychické důsledky

Psychické důsledky nejsou nikterak dramatické, nedochází k nápadnému pocitu štěstí, k útlumu, podráždění nebo poruchám chování. (Riesel, 1999)

3.9 Léčba

Aby byla léčba úspěšná, je důležité, aby si samotný kuřák přál přestat kouřit a sám se rozhodl k aktivní změně. Při léčbě závislosti na tabáku se využívají psychobehaviorální intervence a farmakologická léčba.

- *Psychobehaviorální intervence* se využívá v léčbě při závislosti na předmětu „cigarety“. Představme si kuřáka, který při určitých situacích má potřebu mít v ruce cigaretu a pohrávat si s ní. Tento typ léčby rozbíjí zažitý stereotyp a vazbu určité situace na kouření cigarety.

- *Farmakologická léčba.* Kromě různých přípravků s účinkem srovnatelným s placebem (různé silice nebo propichování cigaret) přináší přibližně 5% úspěšnosti abstinence po roce. Skutečně účinná je náhradní terapie nikotinem, ta přináší přibližně 10% až 20% úspěšnosti. Náhradní terapie nikotinem je na našem trhu ve formě náplastí, žvýkaček a inhalátoru, které jsou volně prodávány v lékárnách. Tyto náhradní terapie nikotinem nejsou léky proti kouření, ale léky proti vzniku abstinčních příznaků. Dále se při léčbě využívá lék Bupropion, původně antidepressivum, je zatím neúčinnější lék proti závislosti. Využití tohoto léku je ve srovnání s náhradní terapií nikotinem o něco vyšší. Nejúčinnější u silných kuřáků je kombinace Bupropionu s náhradní terapií nikotinem. (Kalina, 2003) Nešpor ještě uvádí léčbu akupunkturou, hypnózou a skupinovou terapii.

- *Akupunktura* nezabraňuje kouření, ale napomáhá snižovat touhu po cigaretách. Provádí se drobnou jehlou nejčastěji v ušním boltci.

- *Hypnóza* se provádí u lidí, kteří mají k tomuto způsobu léčby předpoklady. Nelze provádět u každého.

- *Skupinová terapie* umožňuje sdílet mezi členy skupiny zkušenosti s překonáváním závislosti na tabáku a vzájemně se podporovat. (Nešpor, 1996)

- *Některé metody* pro ty, kteří nechtějí přestat kouřit najednou. Metoda vědomého kouření spočívá v tom, že kuřák kouří vědomě. Vnímá složky tabákového kouře např. kysličník uhelnatý jako kouřící kamna, formaldehyd jako pach po mravencích, dehet jako asfaltující silnici, kyanovodík jako hořké mandle.

Sebemonitorovaný kuřák si zapisuje počet vykouřených cigaret a snaží se snižovat jejich počet.

Rozbíjení kuřáckých stereotypů vyžaduje od kuřáků smysl pro humor např. omotání krabičky s cigaretami lepenkou, dát krabičku s cigaretami na nejvzdálenější místo v domě nebo kouřit neohavnější značku cigaret.

Rychlé kouření je nejdrsnější metoda. Kuřák hluboce vdechuje kouř v rytmu po šesti vteřinách bez přestávky, zapaluje si jednu cigaretu za druhou, dokud mu není špatně. (Nešpor, Csémy, 1996)

3.10 Užívání tabáku v České republice

▪ *Evropská školní studie o alkoholu a jiných drogách (ESPAD) 2015*
Cílovou skupinou byli studenti (16letí) narozeni v roce 1999. Sběr dat proběhl v červnu 2015 na 208 školách a 309 tříd. Celkem bylo v ČR v r. 2015 sesbíráno 6707 dotazníků, po kontrole a čištění dat byl výsledek 6151 studentů.

Výsledky studie ESPAD 2015 v ČR:

průměrný věk první zkušenosti s cigaretou je 11,9 let;

66% studentů někdy v životě kouřilo cigarety;

29,9% studentů kouřilo cigarety v posledních 30 dnech;

16,4% studentů kouří denně;

4,5% kouří denně 11 a více cigaret;

80% a více studentů si dokáže snadno obstarat cigarety.

▪ *Validizační studie ESPAD 2016*

Cílem validizační studie 2016 bylo potvrdit nebo vyvrátit zjištění ve studii ESPAD 2015. Této studii se zúčastnilo 115 škol v celé ČR. Cílovou skupinou byli studenti (16letí) narozeni v roce 2000. Po kontrole a čištění dat byl výsledek 5364 studentů.

Výsledky studie validizační studie ESPAD 2016:

27,4% studentů kouřilo cigarety v posledních 30 dnech;

13,3% studentů kouří denně;

4,5% studentů kouří denně 11 a více cigaret.

(© Zaostřeno 5/září 2016)

▪ *Mezinárodní zpráva o zdraví a životním stylu dětí a školáků*

na základě výzkumu Health Behaviour in School-Aged Children realizované v roce 2014. Sběr dat se uskutečnil v roce 2013/2014.

Podle věkových skupin: 11letí – 1574 respondentů; 13letí – 1721 respondentů; 15letí – 1760 respondentů.

Zkušenost s kouřením tabáku – 3%-11letých; 8% – 13letých; 27% – 15letých.

Kouření tabáku alespoň jednou týdně - 3% - 11letých; 8% - 13letých; 27% - 15letých.

(© Mezinárodní zpráva o zdraví a životním stylu dětí a školáků; 2016)

▪ *Národní výzkum užívání tabáku v ČR 2016*

Celkem respondentů 1841, Věková skupina 15-24 = 234 respondentů

30,8% kouří jakýkoliv tabákový výrobek;

10,7% kouří elektronické cigarety;

37% se pokusilo přestat kouřit;

40,7% navštívilo zdravotnické zařízení k odvykání kouření;

9,1% dostalo radu, aby přestali kouřit;

93,8 si všimlo zdravotního varování na krabičkách cigaret;

19,7 zvažovalo v souvislosti se zdravotním varováním, že kouření zanechají.

(© Marie Nejedlá, Centrum podpory veřejného zdraví, Státní zdravotní ústav)

4 Kofein

Kofein je nejběžnější celosvětově užívaná návyková droga, která nepodléhá skoro žádné kontrole. Ovlivňuje centrální nervovou soustavu ve smyslu pracovat efektivněji. Lidé po jejím užití jsou aktivnější a bdělejší. V přírodě se vyskytuje v celé řadě rostlin. Nápoje s obsahem kofeinu jsou oblíbené po celém světě - patří sem káva, čaj, kakaové boby, ořechy, kola. (Shapiro, 2005)

4.1 Účinky

Účinky kofeinu jsou individuální. Někdo může na 150 mg kofeinu (cca 1 šálek instantní kávy) reagovat nespavostí, zvýšenou aktivitou, nervozitou. Citlivějším jedincům postačí již 45 mg kofeinu, poté reagují úzkostí či nadměrnou vzrušivostí. (Embleton, Thorne, 1999) Požití jedné plechovky limonády s obsahem kofeinu dítětem nebo mladistvým, kteří mají nižší hmotnost, odpovídá čtyřem šálkům kávy. Šálek překapávané kávy obsahuje průměrně 115 mg kofeinu, rozpustná káva průměrně 65 mg, čaj průměrně 60mg, láhev nebo plechovka limonády obsahuje průměrně 30 - 50 mg. Jako průměrná dávka je považováno 150 - 250 mg kofeinu. Toto množství překonává malátnost, únavu, povzbuzuje psychický i fyzický výkon. (Shapiro, 2005) Vyšší dávky začínají ovlivňovat mozek a míchu, ztrácí se koordinace a vznikají úzkostné stavy a nervozita. (Tyler, 2000)

4.2 Formy kofeinu

Lidé přijímají kofein, někdy aniž by o tom věděli.

- Káva se připravuje ze semen kávovníku rodu *Coffea*. Podle zpracování se rozeznává káva pražená, instantní, pražená bez kofeinu, sušené kávové extrakty.

- Čaj se získává z rostliny *Camellia sinensis* - čajovník čínský. Podle zpracování rozlišujeme čaj černý, zelený, oolong. Černý čaj obsahuje nejvíce kofeinu a má nejsilnější aroma. Čaje obsahují méně kofeinu než káva. Káva a čaj mohou mít v určitém množství a ve spojení se zdravým životním stylem příznivý vliv na prevenci nemocí, jako je například cukrovka druhého typu (Perušičová, Pithová, Račická, 2013)

- *Nealkoholické nápoje*. Nejznámější jsou kolové nápoje, obsahují velkou dávku kofeinu a cukru. Žízeň ale neuhasí, jsou močopudné. (Embleton, Thorne, 1999) Další nealkoholické nápoje jsou nápoje povzbuzující, které potlačují únavu a udržují mozek v bdělosti. (Iversen, 2006)

- *Kolové ořechy* jsou semena z kolového stromu obsahující kofein. Ořechy jsou hořké a aromatické, jejich žvýkáním se dostávají stimulační efekty. Využívají se k přípravě kolových nápojů.

- *Guarana* je vyráběna z podzemních semen keře. Ze získaného prášku se připravuje nápoj podobný kávě. Guarana obsahuje více kofeinu než káva.

- *Čokoláda* vyrábí se z tuku, cukru a kakaových bobů, které jsou bohatým zdrojem kofeinu. Čokoláda je nejlepší stimulant a je návyková. (Embleton, Thorne, 1999)

Kofein je též součástí některých volně prodejných léků např. *Kynderil* - proti zvracení, *Mironal* - proti horečce, *Valetol* - proti bolesti. (Haas, 2000)

4.3 Závislost na kofeinu

I když se kofein jeví jako neškodný, při neustálém užívání se i na něm může vyvinout určitá forma závislosti. (Iversen, 2006)

Zejména je to vážné u dětí a mládeže, která konzumuje velké množství kolových a povzbuzujících nápojů. (Haas, 2000)

Mezi abstinenční příznaky patří: bolest hlavy, podrážděnost, konzumenti mohou pociťovat úzkost nebo svalový třes. (Iversen, 2006)

4.4 Nepříznivé účinky kofeinu na zdraví konzumenta

Zdravotní důsledky

Nejčastějšími negativními vlivy jsou: bolesti hlavy, pálení žáhy, překyselení žaludku (kofein by neměli užívat lidé trpícími žaludečními vředy nebo poruchou zažívání), snížené vstřebávání železa a vápníku (dochází k tomu, pije-li se káva při nebo po jídle), průjem, vysoký krevní tlak, zrychlená srdeční činnost a bušení srdce, vznik srdečního infarktu, ledvinové kameny (jako důsledek chemických reakcí močopudného vylučování a ke ztrátě mnoha živin), výskyt rakoviny jako je žlučník, vaječníky a dvanáctník (výskyt se zvyšuje, je-li s kofeinem přijímán i nikotin), nadledviny (jsou oslabeny stresem a příjmem cukru dochází k chronické únavě). U dětí a mladistvých se objevuje přerušovaný růst. (Haas, 2000)

Odborníci se shodují, že smrtelná dávka je 10g, což je přibližně 100 šálků kávy. Nejnižší známá smrtelná dávka je 3,2 mg podaná žilně. (Tyler, 2000)

Psychické důsledky

Nejčastějšími negativními vlivy na psychiku jsou: únava, nespavost, podrážděnost, nervozita, úzkost někdy i panický strach. (Haas, 2000)

4.5 Léčba

Návyk na kofein není tak silný jako návyk na většinu ostatních drog. Odvykání je ve většině případů bez problémů. Obvykle postačí jeho pozvolné snižování nebo nahrazení obyčejné kávy kávou bez kofeinu nebo černým čajem. Dostatek vody, vitamín C a podpora těla minerály pomáhají odstraňovat příznaky, které se mohou vyskytovat při odvykání. (Haas, 2000)

5 Léky

Dnešní chemie nás obohatila nejen o účinné látky, ale i o látky, na kterých vzniká nebezpečný návyk. Užívání léků mimo rámec léčby je závažný a společností podceňovaný jev. Zneužívání léků vyvolává klima náchylné k drogám. (Nožina, 1997)

Je důležité si uvědomit, že léky na bolest, na uklidnění nebo na spaní většinou neodstraňují příčiny obtíží. Například bolesti pohybového aparátu může být daleko vhodnější léčit rehabilitačním cvičením, fyzikální léčbou nebo relaxací. Bolest také může být jako varovný signál, že něco není v pořádku, abychom zvolnili životní tempo nebo vyhledali lékaře. Řada duševních poruch a poruch spánku

může souviset s nevyřešenými problémy, které může v takovém případě pomoci vyřešit psychoterapie. (Nešpor, 1992)

5.1 Léky s možným vznikem závislosti

Zneužívání léků a závislost na nich je známá nejvíce ve středním věku, ale také i u mladistvých. Mezi léky s možným vznikem závislosti řadíme skupiny: Analgetika, Sedativa, Hypnotika, Anxiolytika.

▪ *Analgetika*

Analgetika mají široké medicínské působení a řada z nich je k dostání i bez lékařského předpisu. Využívají se k tlumení nebo odstranění bolesti. Analgetika se dělí na neopioidní označována jako antipyretika. Využívají se nejen k tlumení bolesti, ale také ke snížení horečky. Druhou skupinou, na kterou se analgetika dělí, jsou opioidní označována jako anodyna s centrálním účinkem, využívá se k tlumení střední a silné bolesti. Příklady léků: Acylcofin, Col-drex, Dinyl, Korylan, Alnagon, Paralen, Panadol

▪ *Sedativa*

Jsou látky se zklidňujícím účinkem. Mezi tyto medikamenty patří barbituráty, bromidy. V dnešní době se tyto látky téměř nepoužívají. Jsou objeveny jiné a bezpečnější léky. Příklad léku: Bellaspon

▪ *Hypnotika*

Využívají se k léčbě spánkových poruch. Léky na spaní, jak se jim někdy říká. Vyvolávají ospalost a navozují spánek. Dále se také využívají k předoperační přípravě pacienta. Hypnotika se dělí na Hypnotika benzodiazepinová, která vyvolávají závislost. Dále Hypnotika nebenzodiazepinová, měla být hypnotika, na kterých nevzniká závislost, ale bohužel i na těchto hypnotikách vzniká závislost. I přes to pacienti preferují hypnotika benzodiazepinová. Příklady léků: Nitrazepam, Rohypnol (nejoblíbenější léková droga u mladistvých v České republice), Hypnogen - Stilnox

▪ *Anxiolytika*

Nazývané také jako trankvilizéry, jsou nejčastěji předepisované léky a nejčastěji zneužívané. Využívají se ke snížení či odstranění úzkosti, napětí a strachu. Anxiolytika se dělí na benzodiazepinová anxiolytika, nejčastěji užívaná, vyznačují se vysokou účinností, relativní bezpečností při předávkování, ale riziko vzniku závislosti se tu objevuje také. Další skupinou jsou nebenzodiazepinová anxiolytika, byla dříve hojně užívaná, v dnešní době jsou na ústupu. Příklady léků: Neurol, Xanax, Radepur, Elenium, Defobin, Diazepam, Aparuin, Lexaurin, Meproamat (Kalina, 2003)

5.2 Účinky

Zneužívání léků skupiny anxiolytik a hypnotik jsou velmi časté. Patří mezi nejpopředepisovanější psychofarmaka a jsou mnohdy předepisovány dlouhodobě v rozporu s doporučením a nejasným stanovením lékařským postupem. Účinek nastupuje podle způsobu aplikace a typu léku. Některé látky jsou aktivní až po metabolizaci v játrech v průběhu několika minut. Trvání účinků může být krátkodobé, pouze několik hodin například u některých hypnotik. Dále může být také dlouhodobé, kolem jednoho dne například u některých anxiolytik. Hlavním očekávaným účinkem při užívání těchto léků je tupě euforický stav s navozením celkového zklidnění. A to nejen na úrovni psychické, ale i v oblasti tělesné. (Kalina, 2008)

Fischer a Škoda se zmiňují o mechanismu účinku obou skupin, který je obdobný jako u alkoholu – zvyšují prostupnost GABA (kyselina gama-aminomáselná) – receptorů, které ovlivňují dráždivost nervových buněk ve všech částech mozku, dochází k navození spánku, poruchy psychomotorické koordinace a paměti. (Fischer, Škoda, 2014)

5.3 Závislost na lécích

Říci o někom, že je závislý na lécích, můžeme až tehdy, pokud se vyvinula tolerance na daný lék. Tolerance znamená, že k dosažení požadovaného účinku musí člověk neustále zvyšovat dávku. Bez tohoto zvyšování by tobolky či tablety pozbyly svůj účinek. Stupeň závislosti se odvíjí od četnosti, množství užívání, od fyzického a psychického rozpoložení jedince. Není vždy pravidlem, že člověk, který dlouhodobě užívá léky, musí být na nich závislý. (Tyler, 2000)

Podle Nožiny zneužívání léků nejčastěji přivozuje psychickou závislost. Uživatel očekává od léků mnohem více, než kolik od něj očekává lékař, který lék předepsal. K zneužívání léků dochází častěji u lidí dlouhodobě vystavených stresovým situacím. Typickými fázemi přechodu od léčby k zneužívání jsou:

- strach z případného nedostatku léku
- poptávka po neoprávněném množství léku
- návštěvy u různých lékařů ve snaze shromáždit požadované množství léku. (Nožina, 1997)

Smolík ve své knize Duševní a behaviorální poruchy ještě mezi syndromy závislosti dodává:

- neschopnost uživatele kontroly a sebeovládání ve vztahu k jejich užívání
- potřeba užívat léky přetrvává i přesto, že si uživatel uvědomuje jejich rizika (přesvědčil se o nich sám, uvědomuje si svoje potíže). (Smolík, 1996)

5.4 Nepříznivé účinky léků na zdraví uživatele

Hlavním společným účinkem anxiolytik, analgetik, hypnotik a sedativ je útlum centrální nervové soustavy. Po jejich užití dochází k postupující otupělosti, ospalosti a k celkovému útlumu s nesrozumitelnou řečí. Může docházet k poruchám koordinace pohybů, vyhasínání reflexů, předávkování a až k hlubokému bezvědomí. (Kalina, 2003)

▪ *Předávkování u skupiny anxiolytik*

K předávkování anxiolytik dochází často. Po předávkování se dostavuje ospalost, únava, kvantitativní poruchy vědomí, pomalé dýchání, nedostatek kyslíku s případným následkem smrti. (Göhlert, Kühn, 2001)

▪ *Předávkování u skupiny hypnotik*

Předávkování u hypnotik se ohlašuje slabým nebo zrychleným pulsem, pocením, velmi pomalé nebo zrychlené dýchání a lapání po dechu. (Tyler, 2000) Silné předávkování může způsobit smrt, a to zástavou dýchání. Užití pouhých deseti tablet může mít tragické následky. (Shapiro, 2005)

▪ *Předávkování u skupiny analgetik*

Předávkování analgetik může vážně poškodit játra i ledviny. Vysoké dávky analgetik záměrně berou sebevrazi. (Iversen, 2006)

Zdravotní důsledky hypnotik, anxiolytik a analgetik

Krátkodobé nežádoucí účinky

- ospalost, únava, prodloužení reakčního času, poruchy vědomí u vyšších dávek
- porucha koordinace pohybu, pokles svalového napětí, které může vést až k pádům
- poruchy paměti, někdy přecházející ve stavy zmatenosti
- uvolnění afektu vzteku a agresivity, ztráta motivace
- útlum dechového centra. (Kalina, 2008)

Dlouhodobé nežádoucí účinky

▪ *Dlouhodobé nežádoucí účinky u skupin hypnotik*

Dlouhodobé nežádoucí účinky u skupiny hypnotik mohou zapříčinit zánět plic a průdušek (kvůli potlačení kašlacího reflexu), podchlazení (normální reakce na zimu je blokována, protože periferní cévy se rozšiřují). Výzkumy také potvrdily, že hypnotika silně potlačují sny (snižují podíl REM spánku, což je část spánkového cyklu, kde se zdají sny), a to má za následek emocionální výbuchy přes den. (Shapiro, 2005)

▪ *Dlouhodobé nežádoucí účinky u skupin anxiolytik*

Dlouhodobé nežádoucí účinky u skupin anxiolytik mají za příčiny bolesti hlavy, žaludeční a střevní poruchy, vyrážky, žloutenka, poruchy krvetvorby a zadržování moči, záněty kloubů, zdvojené vidění,

narušení pohlavních funkcí, poruchy menstruace a poruchy paměti. (Tyler, 2000)

▪ *Dlouhodobé nežádoucí účinky u skupin analgetik*

Dlouhodobé nežádoucí účinky u skupin analgetik mohou vést až k demenci, mají podíl na vzniku zánětů, degenerativní změny až k odumírání tkáně za živa. (Pokorný, Telcová, Tomko, 2002)

5.5 Léčba závislosti hypnotik, anxiolytik a analgetik

Odvykací stav

Odvykací stav se u těchto skupin dostavuje po náhlém vysazení při alespoň měsíce trvajícím užívání terapeutických dávek. V lehčích případech se projevuje neklidem, nespavostí. Středně těžké případy mají příznaky: třes, pocení, nevolnost, panické útoky. Těžké případy se projevují epileptickými záchvaty, halucinacemi, zmateností. U vážnějších stavů může dojít k úmrtí. (Kalina, 2008)

Při léčbě závislosti je nejprve důležité ustálit denní dávku tak, aby se minimalizovaly rozdíly mezi jednotlivými dny. Poté lze započít se snižováním dávky, dokud se neobjeví první abstinenční příznaky. Úplné vysazení se nedoporučuje, protože může vyvolat epileptické záchvaty, oběhový kolaps, psychotické příznaky nebo masivní úzkost se sebevražednými sklony. S ohledem na časovou periodu rozlišujeme:

▪ *Střednědobé vysazení (2-10 týdnů):* vyžaduje častý kontakt s pacientem, ale více účelné je přijmout pacienta na lůžko nebo doporučit do zařízení s denním programem.

▪ *Pomalé vysazování (několik měsíců až jeden rok):* účelem je snižovat dávku o 10% každé dva týdny.

Pokud vysazování s přiměřenou psychologickou podporou selhává, je možné využít pomocné medikace jako je například Propranolol, Imipramin, Prothiaden. Při využití pomocné medikace je důležité vyhnout se lékům, které mohou nahradit jednu závislost závislostí jinou (Kalina, 1997)

5.6 Varovné signály

Při zneužívání léků se lze poměrně často setkat s tím, že tyto látky jsou používány jako náhrada, doplnění nebo k mírnění nepříjemných účinků jiných drog.

- Počínající známky: ospalost, zpomalená řeč, kolísání nálad, poruchy myšlení, zpomalený dech, bolesti hlavy, nebo působí dojmem opilého.

- Známky dlouhodobého užívání: pocity pronásledování, duševní a tělesná závislost, roztřesenost, nechutenství, poruchy výživy nebo problémy krevního oběhu. (Nešpor, Csémy, 1992)

6 Těkavé látky

Těkavé látky neboli inhalanty jsou chemické látky, které uživatelé čichají, aby docílili rychlého opojení. Tyto látky jsou levné a snadno dostupné, proto jsou často zneužívané dětmi a mládeží. Jejich dostupnost je nejen v čistém stavu, ale i jako součást různých technických a drogistických výrobků. V každodenním životě se setkáváme např. s benzinem, barvami, ředidly na barvy, lepidly, čisticími prostředky, laky, rozpouštědly (u nás nejznámější toluen), nebo odlakovače na nehty. Těkavé látky patří mezi tvrdé drogy. Často jsou nazývány jako „drogy hloupých“. Důvod, proč jsou takto nazývány, je ten, že těkavé látky málo dávají a hodně berou. (Nožina, 1997)

Podle Kaliny inhalování těkavých látek probíhá nejčastěji u mládeže mezi 13. - 15. rokem věku. Většinou, ale ne vždy, u mládeže s nižším sociálním statutem. Vývoj u nás i v zahraničí v posledních letech ukazuje, že jde o trvalý a poměrně rozšířený fenomén. Naši i zahraniční autoři se shodují, že veřejnost i nejbližší okolí zneužívání těkavých látek často bagatelizuje. Přitom z lékařského hlediska jsou inhalanty vysoce nebezpečnou drogou. (Kalina, 1997)

6.1 Způsoby aplikace

Nejčastějším způsobem užívání inhalantů je vdechováním z igelitových pytlíků, do nichž je vložen kus vaty nebo tkaniny namočené v inhalantu. Další možností je vdechování pod dekou. Méně často se objevuje inhalování přímo z plechovky nebo aerosolového postřikovače. Na rozdíl od všech ostatních drog nelze při čichání odměřit přesnou dávku. (Nožina, 1997)

6.2 Účinky

Intoxikace je podobná jako u opilosti alkoholem. Začíná nabuzením, následuje krátká euforie s poruchami vnímání. Nejčastěji jsou to živé, barevné zrakové a sluchové halucinace. Dále tento stav při otravě přechází postupně ve spánek. Po odeznění účinků nastupuje stejně jako u alkoholu kocovina. K dosažení opojení stačí několik mililitrů inhalované látky. Vzhledem k těkavosti látek jejich účinnost odeznívá po několika minutách. (Kalina, 2008)

Účinek po vdechnutí nastává téměř okamžitě. Objevuje se vzrušení, povznesená nálada, nepřítomnost duchem, nekontrolovatelné chování, závratě, poruchy vidění a rovnováhy. Závisí na jeho intenzitě, absorbovaném množství a typu látky. V neposlední řadě na subjektivních předpokladech uživatele: věku, stavbě těla, frekvence užívání. (Nožina, 1997)

6.3 Druhy těkavých látek

V brožuře Pravda o inhalátech od Nadace pro svět bez drog se těkavé látky dělí do čtyř skupin:

- *Kapaliny* - vypařují se při pokojové teplotě. Jsou obsaženy v běžně dostupných domácích a průmyslových produktech jako jsou odmašťovadla, lepidla, fixy, ředidla, benzín.
- *Spreje* - zde se zařazují deodoranty, barvy ve spreji, spreje na vlasy, spreje na impregnaci tkanin.
- *Plyny* - zde se nejčastěji zařazují lékařská anestetika (chloroform, oxid dusný známý jako rajský plyn), plyny butanových zapařovačů, plyny propanových lahví, plyny šlehaček ve spreji
- *Nitrity* - jsou chemické látky obsažené v přísadách, které prodlužují trvanlivost potravin, v čisticích prostředcích na kožené materiály, v různých ozdobách interiéru. Účinkují na nervový systém, mozek a míchu. Jsou známy jako Poppers. (© Pravda o inhalantech, 2009)

Nejznámějším a volně dostupným inhalantem je Toluen - jedná se o bezbarvou kapalinu, získávající se z ropy, lehkého oleje nebo kokosových plynů. Toluen je rozpouštědlo a ředidlo, zejména laků. (Kalina, 2003) Očekávaným efektem čichání toluenu je stav podobný polospánku, polovědomí doprovázeného živými, barevnými sny. Při čichání dochází k postupnému zakalování vědomí. Může dojít až k tomu, že spánek se prohlubuje do bezvědomí, kómatu a dochází k zástavě dechu a oběhu tedy k tzv. stavu klinické smrti. Při dlouhodobém užívání je toluen cítit z dechu i po 10 - 12 hodinách. (Presl, 1994)

6.4 Závislost na těkavých látkách

Těkavé látky mohou vyvolat psychickou i fyzickou závislost. Uživatelé nejčastěji uvádějí silné nutkání pokračovat v čichání, zejména po několika dnech soustavného čichání. (© Pravda o inhalantech, 2009) Podle Kaliny těkavé látky vyvolávají psychickou závislost, kde komplikujícím faktorem je organické poškození mozku, které snižuje náhled a motivaci ke změně. Příznaky somatické závislosti nejsou dosud v širší míře vyjádřeny. (Kalina, 2008)

Nešpor vidí závislost na čichání jako neschopnost ovládnout se zneužívání i při zcela nevhodných příležitostech. (Nešpor, Csémy, 1992)

6.5 Nepříznivé účinky těkavých látek na zdraví uživatele

Zdravotní důsledky

Inhalanty po vdechnutí pronikají do plic, odtud se rychle dostávají do krevního oběhu a dále do různých tělesných orgánů. Mezi nejvíce zasažené orgány patří: játra, plíce a ledviny, u kterých mohou inhalanty způsobit vážné poškození. (Nožina, 1997)

- Kožní projevy

U některých uživatelů zvláště, když dojde k přímému kontaktu s inhalantem, se objevuje kožní vyrážka a podráždění krku a očí. Dále byla také zaznamenána bolestivá místa kolem nosů, rtů a tváře.

- Srdce a krevní oběh

Při užívání dochází k snížení krevního tlaku a zvýšení srdečního tepu. Důvodem je zachování zásobení životně důležitých orgánů krví.

- Krev

Tyto drogy způsobují přeměnu zdravého hemoglobinu (krevní barvivo tvořené bílkoviny a železem) na methemoglobin (dochází k oxidaci železa, tudíž chybí schopnost přenášet kyslík). Dochází tak ke snížení obsahu kyslíku v tkáních, a to může mít za následek ztrátu dechu, bolest hlavy, jazyk a rty zmodrají. Pokud se úroveň methemoglobinu zvýší, začnou se projevovat příznaky, jako jsou prudké krvácení, poškození krevních vlásečnic, kóma a v neposlední řadě smrt. (Tyler, 2000)

- Plíce

Nejčastěji se vyskytuje poleptání plic, dýchacích cest, obrna dechového centra, zánět plic a vdechnutí zvratek.

- Játra

Akutní i chronické poškození jater, které může vést až k úplnému selhání.

- Centrální nervová soustava

Těkavé látky mají na centrální nervovou soustavu přímý vliv. Akutní intoxikace se projevuje poruchou hybnosti, halucinacemi, poruchami chování, křečemi, někdy i kómatem. Bývají postiženy i rozpoznávací funkce. Psychoaktivní účinky stoupají nebo klesají, záleží na inhalovaném množství.

- **Ledviny**

Obvykle se poruchy objevují v podobě vylučování bílkovin v moči, přítomnosti krve v moči. V pokročilých stádiích jsou to poruchy ledvin, až dojde k úplnému selhání. (Kalina, 1997)

- **Smrtelná otrava**

Smrtelná otrava hrozí, jestliže uživatel upadne do bezvědomí a zůstane v atmosféře prosycené parami těkavých látek. (Nešpor, Csémy, 1992)

Psychické důsledky

Při dlouhodobém užívání dochází k celkovému otupění tzv. hloupnutí. To je dáno toxickým působením zneužívané látky na mozkovou tkáň bohatou na lipidy. Objevují se poruchy emotivity a chování, zejména pak afektivní labilita, plačtivost a agresivita. Dochází ke ztrátě zájmů a výkonnosti. (Kalina, 2003)

6.6 Varovné signály

- Počínající známky: z oděvu i dechu je cítit zápach po chemikáliích, rozšířené zornice, zarudlé oči, nepřítomný pohled, nezřetelná výslovnost, nesmyslný smích, nepřítomnost duchem, dítě je pobledlé, cítí se špatně, rozjařenost, poruchy vnímání a v neposlední řadě zanedbávání školy.
- Známky dlouhodobého užívání: nezájem, lenivost, zhoršený prospěch, poruchy paměti, zhoršená pohybová koordinace, vyrážka kolem nosu a úst, zvýšené jaterní testy, poruchy krvetvorby, ohrožené dýchání a srdce.

Největším rizikem je, pokud uživatel tyto drogy zneužívá na opuštěném místě, kde není dostupná pomoc, kdyby došlo ke ztrátě sebekontroly. (Nešpor, Csémy, 1992)

6.7 Léčba závislosti

Léčba závislosti na těkavých látkách spočívá hlavně v psychoterapii, která musí být dlouhodobá a kromě léčby musí zahrnovat i dlouhodobou podporu v abstinenci. U některých těkavých látek je nezbytné léčbu doplnit o důslednou informovanost. (Kalina, 2008) Dále Kalina ve své knize Drogy a drogové závislosti 1 uvádí, že vyhlídky závislých pacientů na abstinenci jsou daleko menší. Důvodem je, že pacient je dlouhodobým užíváním natolik poškozen, že není schopen dostatečně vnímat své okolí, chápat souvislosti a docházet do zdravotnického zařízení. (Kalina, 2003)

Tělesné abstinenční odvykací příznaky nejsou pozorovány a ani se o nich nezmiňuje dostupná literatura. Vzhledem k tomu, že se jedná o léčbu dětí a dospívajících, je zde důležitá rodinná terapie, lze

také využít i hypnózu. Důležitá u dětí a dospívajících je intervence stejně jako u jiných problémů. Pokud se problém nepodaří zvládat ambulantně, je nutné uvažovat kratší hospitalizaci ke stabilizaci stavu nebo léčbě v terapeutické komunitě. (Nešpor, Csémy, 1996)

6.8 Užívání těkavých látek a léků se sedativním účinkem v České republice

▪ *Evropská školní studie o alkoholu a jiných drogách (ESPAD) 2015* Cílovou skupinou byli studenti (16letí) narození v roce 1999. Sběr dat proběhl v červnu 2015 na 208 školách a 309 tříd. Celkem bylo v ČR v r. 2015 sesbíráno 6707 dotazníků, po kontrole a čištění dat byl výsledek 6151 studentů.

Výsledky studie ESPAD 2015 v ČR:

37,4% studentů má alespoň jednu zkušenost s jakoukoliv nelegální drogou v životě;

15,7% studentů má zkušenosti s užitím léků se sedativním účinkem bez doporučení lékaře;

46,1% studentů si dokáže snadno obstarat léky se sedativním účinkem;

5,7% studentů má zkušenost s čicháním rozpouštědel. (Mravčík, 2016)

7 Prevence

Hlavním cílem prevence je snížit škody působené návykovými látkami. K takovým škodám patří nejen vznik závislosti na návykových látkách, ale i úrazy, intoxikace a jiné zdravotní komplikace. Cílem prevence není předat maximum informací, ale má ovlivnit chování ve smyslu podpory zdraví. (Nešpor, Csémy, 1996)

Každý občan potřebuje poskytnout:

- ochranu před nabídkou legální i nelegální drogy na trhu
- motivaci a poznatky, aby přijal osobní rozhodnutí o svém postoji k drogám a aby dokázal čelit jejich nabídce
- možnost vyhledat léčebnou nebo poradenskou pomoc
- možnost navrácení zpět k plnohodnotnému životu, pokud přišel do kontaktu s drogou
- opatření na straně nabídky, to znamená omezení k přístupu drogy
- opatření na straně poptávky, to znamená menší zájem o drogy, zde je potřebná orientace na životní styl (Heller, Pacinová a kolektiv, 1996)

Nejčastěji se setkáváme s pojmem prevence v souvislosti s označením primární, sekundární a terciální prevence.

▪ *Primární prevence*

Pracuje se zdravou populací a její motivací. Ovlivňuje tak mechanismy vzniku a rozvoje závislosti.

▪ *Sekundární prevence*

Je orientovaná ve snaze co nejdříve rozpoznat symptomy závislosti a co nejrychleji omezit nebo zmírnit následné škody v osobní i sociální oblasti. Nabízí pomoc ve změně životního stylu.

▪ *Terciální prevence*

Podporuje výsledky léčby a postupné odstraňování následků. Zahrnuje také opatření zabraňující recidivě. Vytváří podporu nového hodnotového systému v životě a sociální zodpovědnost. U sekundární a terciální prevence se o zvládání úkolů dělí zdravotnictví a sociální služby (poradny, krizová centra, linky telefonické pomoci, detoxikační centra). (Heller, Pacinovská a kolektiv, 1996)

7.1 Primární prevence na škole

Při primární prevenci na škole je nutné, aby se problematika drog stala součástí výchovy a vzdělávání. Primární prevence ve škole by měla být:

- přiměřená, přizpůsobena věku a mentálním schopnostem dítěte
- prováděna často jako kontinuální proces
- podpora aktivity, sebedůvěry, hodnotových zájmů, zaměření na změny chování a postojů
- podpora zájmu vhodnými zábavnými metodami, využití oblíbených osob s přirozenou autoritou
- otevřená diskuse
- zapojení do života místního sociálního prostředí
- programy navrhuje a řídí kvalifikovaní odborníci

(© Dokument MŠMT č.j.: 21291/2010-28)

Ministerstvo školství, mládeže a tělovýchovy (dále MŠMT) v oblasti prevence rizikového chování má hlavní roli při uplatňování školní primární prevence rizikových projevů chování u dětí a mládeže. Pravidelných jednání s krajskými školskými koordinátory prevence a metodiky prevence vychází Národní strategie primární prevence rizikového chování na období 2013 – 2018 (dále jen Strategie). Hlavním cílem Strategie je minimalizovat vznik a snížit míru rizikového chování (má negativní dopad na zdraví, sociální nebo psychologické fungování jedince nebo společnosti např. nadměrné užívání alkoholu, cigaret nebo nelegálních drog) u dětí a mládeže. Pomocí komplexního působení všech na sebe vzájemně navazujících subjektů. Strategie je zaměřena zejména na primární cílové skupiny a na další cílové skupiny. Mezi primární cílové skupiny patří: děti a mládež, specifické

skupiny dětí a mládeže a jednotlivci vykazující rysy rizikového chování.

- *Děti a mládež* definuje obecnou populaci dětí a mládeže do pěti cílových skupin:

Předškolní věk (3-6 let)

Mladší školní věk (6-12 let)

Starší školní věk (12-15 let)

Mládež (15 - 18 let)

Mladí dospělí (18-26 let)

U této skupiny se uplatňuje **všeobecná primární prevence**. Jedná se o programy pro skupiny do 30 účastníků. Zohledňují se pouze věková kritéria.

- *Specifické skupiny dětí a mládeže* - jedná se o skupinu dětí a mládeže se zvýšeným rizikem problémů s chováním (např. závislost na alkoholu nebo děti z rodin, kde je páchaná trestná činnost). Zde se uplatňuje **selektivní primární prevence**. Pracuje se s menšími skupinami, případně i jednotlivci.

- *Jednotlivci vykazující rysy rizikového chování* - jedná se o jednotlivce, u kterých se již vyskytly nebo je tu vysoké riziko výskytu projevů rizikového chování (např. experimentují s drogou, záškoláci). Na tuto skupinu se zaměřuje **indikovaná primární prevence**. Jedná se o individuální práci s jednotlivcem. Mezi další cílové skupiny patří rodiče, veřejnost, pracovníci v primární prevenci rizikového chování.

- *Rodiče*

Jedná se zejména o rodiny s rizikovými faktory (např. užívání alkoholu, psychotropních látek, trestná činnost, domácí násilí). Děti těchto rodičů jsou více ohroženy vznikem rizikového chování. Existuje řada různých programů pro rodiče, jejichž cílem je změna rizikového prostředí, v němž vyrůstají jejich děti.

- *Veřejnost*

Odborná i laická veřejnost má nepochybný vliv na vývoj jedince, proto je nezbytné zapojit veřejnost do prevence rizikových projevů chování. Toho může být docíleno dostatečnou informovaností a různými aktivitami.

- *Pracovníci v primární prevenci rizikového chování.*

Předpokladem k naplňování cílů v oblasti prevence jsou vzdělání a kvalifikovaní pracovníci, kteří jsou vybaveni odpovídajícími znalostmi a dovednostmi. (© Národní strategie primární prevence rizikového chování na období 2013 - 2018, Praha 2013)

▪ Školní metodik

Plní hlavní roli v oblasti primární prevence rizikového chování na školách. Zajišťuje a koordinuje tvorbu a následnou realizaci preventivního programu školy. Vede a řídí vzdělávání pedagogických pracovníků školy v oblasti prevence rizikového chování. Zajišťuje spolupráci školy s orgány státní správy a samosprávy, které mají v kompetenci problematiku prevenci rizikového chování. (© Koncepce prevence kriminality a protidrogové prevence města Plzně 2016-2020) Školní metodik by měl získávat aktualizované a objektivní informace z oblasti adiktologie (věda zabývající se léčbou a výzkumem závislostí), snažit se pochopit chování, myšlení dětí a adolescentů, mít přehled o drogách a o jejich uživatelích. Dále je to o schopnosti vnímat sociální, kulturní odlišnosti a umění motivovat obec i rodinu ke spolupráci. (© Dokument MŠMT č.j.: 21291/2010-28)

7.1.1 Doporučené postupy školy u návykových látek

Návykovou látkou se rozumí alkohol, psychotropní látky, omamné a ostatní látky, které mohou nepříznivě ovlivnit psychiku člověka, jeho ovládací a rozpoznávací schopnosti nebo sociální chování. Veškeré postupy a opatření by měla mít škola zapracované ve školním řádu.

- 1) V prostoru školy nebo v době školního vyučování včetně školních a mimoškolních akcí vytvořit podmínky pro předcházení výskytu nebo užívání návykových látek. Zajistit a poučit o ochraně zdraví před negativními účinky návykových látek. Zdůraznit zákaz užívání návykových látek.
- 2) Ve školním řádě jasně stanovit zákaz užívání návykových látek ve škole a jejich nošení do prostor školy.
- 3) Poskytovat nezbytné informace žákům a jejich zákonným zástupcům.
- 4) Působit preventivně v oblasti primární prevence a poskytovat žákům pravdivé a věcné informace o návykových látkách přiměřené jejich osobnostnímu a rozumovému vývoji.
- 5) Poskytnout informace o institucích, které poskytují odbornou pomoc, a možnostech řešení situace žákům, kteří mají problémy s užíváním návykových látek, jakož i zákonným zástupcům nezletilých žáků.
- 6) Při řešení případů souvisejících s užíváním nebo distribucí návykových látek je nutné spolupracovat s dalšími zainteresovanými orgány a institucemi – externí subjekty realizující primárně preventivní programy, orgány sociálně-právní ochrany dětí, školská poradenská zařízení nebo Policie ČR apod.

- 7) V případě zainteresovaných subjektů provádějících preventivní programy ve školách a školských zařízeních upřednostňovat programy, jejichž odborná způsobilost byla ověřena a certifikována nebo ověřena a efektivita programů je vyhodnocována.
- 8) V případech, které stanoví zákon, plnit ohlašovací povinnost orgánům sociálně právní ochrany obce s rozšířenou působností, zákonným zástupcům nezletilého žáka a orgánům činným v trestním řízení. (© Dokument MŠMT č.j.: 21291/2010-28)

7.1.2 Konzumace návykových látek ve škole

- 1) V prostorách školy nebo v době školního vyučování či v rámci školních aktivit, je-li žák přistižen při konzumaci návykových látek, je nutné mu v další konzumaci zabránit.
- 2) Návykovou látku je třeba žákovi za použití ochranných pomůcek odebrat za přítomnosti svědka. O události sepsat stručný záznam s vyjádřením žáka. Školní metodik prevence vyrozumí vedení školy a založí záznam do své agendy.
- 3) Pedagogický pracovník posoudí aktuální stav žáka, zda není ohrožen nějakým nebezpečím. V případě žáka, který je pod vlivem návykových látek do té míry, že je ohrožen na zdraví nebo životě, zajistí škola nezbytnou péči a pomoc. Informuje lékařskou pomoc a Policii ČR. Pokud nehrozí akutní nebezpečí, postupuje dále pedagogický pracovník dle školního řádu školy. Ihned vyrozumí vedení školy a zajistí vyjádření žáka.
- 4) Jestliže žák není schopen pokračovat ve vyučování nebo dbát pokynů zaměstnanců školy, informuje škola ihned zákonného zástupce nezletilého žáka a vyzve jej, aby si žáka vyzvedl. Škola vyrozumí zákonného zástupce nezletilého žáka i v případě, kdy žák je způsobilý k pobytu ve škole a dbá pokynů zaměstnanců školy. Zákonný zástupce má možnost se písemně vyjádřit k této skutečnosti a k postupu školy. Současně škola musí splnit oznamovací povinnost k orgánu sociálně právní ochrany dítěte.
- 5) Jestliže zákonný zástupce není dostupný, vyrozumí škola orgán sociálně právní ochrany, když je oprávněné vyžadovat jeho pomoc, a vyčká jeho pokynů.
- 6) Pokud uživatel nebo jeho zákonný zástupce projeví zájem, škola poskytne informace o možnostech odborné pomoci při řešení takové situace.
- 7) Z konzumace návykových látek ve škole je potřeba vyvodit opatření stanovené ve školním řádu. Je nezbytně nutné rozlišovat uživatele od distributora. Distributor může ohrozit okolí. Uživatel je nebezpečný pouze sám sobě. Užívání návykových látek je porušením školního řádu, distribuce je trestným činem.

- 8) Prokázané navádění jiných žáků k užívání návykových látek je považováno za protiprávní jednání stejně jako distribuce.
- 9) V případě důvodného podezření na užití návykové látky u žáka může pedagogický pracovník v určitých případech provést orientační test na přítomnost návykových látek (zkouška ze slin, z potu) vyplývá ze zákona 379/2005 Sb. § 16. Pedagogický pracovník může tento test provést pouze, jedná-li se o situace ve „formách výuky“, jinak orientační vyšetření neprovádí.
- 10) V ostatních případech důvodného podezření na užití návykové látky může pedagogický pracovník orientační test provést jen na základě souhlasu zletilého žáka nebo předem získaného souhlasu zákonného zástupce nezletilého žáka. Test s pozitivním výsledkem plně hradí zákonný zástupce nebo rodič – pokud s testováním písemně souhlasil.
- 11) Stejný postup je zvolen pedagogickým pracovníkem i v případě příchodu žáka do školy pod vlivem návykových látek, resp. kdy není možné prokázat, že se žák intoxikoval ve škole. (© Dokument MŠMT č.j.: 21291/2010-28)

7.1.3 Distribuce návykových látek ve škole

- 1) Přechovávání a distribuce návykových látek je považována v České republice za protiprávní jednání. Množství, které žák má v danou chvíli u sebe, je rozhodující pro to, aby toto protiprávní jednání bylo blíže specifikováno buď jako trestný čin v případě většího množství, nebo jako přestupek. Množství nemusí mít žádný vliv na kázeňský postih, který je stanovený ve školním řádu.
- 2) Jestliže pracovník školy má důvodné podezření, že k distribuci návykových látek došlo ve škole, je nutné, aby škola vyrozuměla místně příslušné oddělení Policie ČR. V případě, že toto jednání bylo namířeno proti osobě mladší 18 let, nebo se tohoto jednání dopustila osoba mladší 18 let, musí škola vyrozumět také zákonného zástupce a orgán sociálně-právní ochrany. (© Dokument MŠMT č.j.: 21291/2010-28)

7.1.4 Nález návykové látky ve škole

- Pokud je návyková látka nalezena pracovníky školy **v prostorách školy**, o nález ihned informují vedení školy a sepiší stručný záznam. Dále informují Policii ČR, která provede zajištění a identifikaci podezřelé látky. V případě časové tísně ze strany policie se doporučuje za přítomnosti dalšího pracovníka školy s použitím gumových rukavic vložit látku do obálky, označit datem, časem a místem

nálezu. Obálku poté přelepit, přelep opatřit svým podpisem a razítkem školy, poté jej uschovat do školního trezoru. Takto zajištěnou látku následně předat Policii ČR.

- Pokud návykovou látku zadrží pracovníci školy **u některého žáka**, o nálezu ihned informují vedení školy a sepiší stručný záznam včetně vyjádření žáka, u kterého byla látka nalezena. U rozhovoru a zápisu se žákem je přítomen/na ředitel/ka školy nebo její/jeho zástupce. Zápis podepíše i žák, který látku odevzdal, nebo u kterého byla látka nalezena. V případě, že žák odmítá podepsat, uvede tuto skutečnost pracovník do zápisu. Dále škola informuje Policii ČR, která provede zajištění podezřelé látky, identifikaci a informuje zákonného zástupce nezletilého žáka. V případě nalezení návykové látky u žáka, který se jí intoxikoval, předá se látka přivolanému lékaři (vyžaduje-li zdravotní stav žáka). Může to napomoci k léčbě, neboť u řady návykových látek jsou známy protilátky, které zmírní nebo odstraní akutní účinek návykových látek.

- Pokud pracovníci školy mají důvodné podezření, že **některý z žáků má návykovou látku u sebe**, bezodkladně vyrozumí Policii ČR (podezření ze spáchání přestupku nebo trestného činu) a zákonného zástupce nezletilého žáka. Žáka je nutné mít pod dohledem a izolovaného od ostatních žáků do příjezdu policie. U žáka v žádném případě neprovádějí prohlídku jeho věcí nebo osobní prohlídku. (© Dokument MŠMT č.j.: 21291/2010-28)

7.2 Primární prevence rizikového chování ve městě Plzni

Vzhledem k tomu, že pocházím z města Plzně, zajímalo mne, jak si vedou plzeňské základní školy, střední školy, střední odborná učiliště v primární prevenci rizikového chování. V roce 2014 byla z iniciativy Odboru bezpečnosti a prevence kriminality a Magistrátu města Plzně provedena srovnávací studie „Školní dotazníková studie o návykových látkách, volnočasových aktivitách a rizikovém chování“, kterou zrealizovalo oddělení psychologie zdraví a výchovy ke zdraví katedry psychologie Fakulty pedagogické ZČU v Plzni. Sběr dat proběhl na 40 školách. Celkem dotazovaných bylo 3073 žáků a studentů. Z toho 7. až 9. ročníků ZŠ dále studentů 2. a 3. ročníků SOŠ, SOU a studentů gymnázií 6. až 7. ročník víceletého gymnázia (odpovídá 2. a 3. ročníku čtyřletého gymnázia).

Závěry ze studie z vybraných oblastí:

Alkohol

- v souladu s výsledky studií z roku 2008 se ukázalo, že užívání alkoholu se zvyšuje se stoupající úrovní vzdělávání a zvyšujícím se ročníkem.

- výskyt užívání alkoholu se významně snižuje se stoupající náročností školy. Studenti gymnázií pijí alkohol významně méně než žáci SOŠ a 9. tříd ZŠ.

- Tabák

- srovnávací studie z roku 2008 potvrdila, že se nijak výrazně nezvýšilo procento aktivních kuřáků, ale také bohužel nedošlo ani k jejich významnému poklesu. Nejvíce kuřáků je na SOŠ a nejméně na ZŠ.

- Drogy

- žáci na SŠ jsou více seznámeni s jednotlivými druhy drog, přitom ve srovnání s žáky na ZŠ mají zhruba 3,5 krát častější zkušenost s užíváním drog.

- Primární prevence na školách

- nejčastěji a nejvíce probíranými tématy primární prevence jsou legální, nelegální drogy a šikana.

- v rámci programů primární prevence se nejčastěji setkávají s metodou přednášky nebo diskuze. Méně často jsou zařazeny besedy s odborníky, nebo projekce filmů a diskusí. (© Koncepce prevence kriminality a protidrogové prevence města Plzně 2016-2020)

7.3 Prevence v rodině

Aby vám dítě mohlo důvěřovat, musí vědět, že se mu snažíte porozumět, nebo mu rozumíte. Prevence v rodině je založena na několika zásadách:

- Umět naslouchat a získat si důvěru dítěte.
- Umět mluvit s dětmi o návykových látkách.
- Snažit se předcházet nudě a lenivé zvědavosti.
- Zdravé dodržování pravidel v rodině.
- Rodič jako vzor a nositel hodnot, které napomáhají dítěti odmítat návykové látky.
- Umět dítěti pomoci jak se bránit v nevhodné společnosti nebo vlivu vrstevníků.
- Umět posílit zdravě sebevědomí dítěte.
- Umět spolupracovat s ostatními dospělými. (Nešpor, Csémy, 1992)

Co má dělat rodič, když dítě přijde domů pod vlivem návykových látek

- Pokud možno snažit se zachovat klid

- Pokud je to možné, snažit se zjistit o jaký druh návykové látky šlo.
- Pokud se dítě chová nepřiměřeně (mohlo by ublížit sobě nebo okolí, upadá do bezvědomí), je potřeba okamžitě zavolat lékaře.
- Během noci hlídat stav dítěte.
- Vážný rozhovor s dítětem provést po vystřízlivění z účinku návykové látky.
- Přemýšlet o tom, co udělat pro to, aby se dítě do podobné situace nedostalo znovu.
- Zdůraznit, že dítě porušilo rodinná pravidla týkající se zákazu návykových látek, jejich porušením důsledně uplatňovat důsledky. Doporučuje se nedělat dusno příliš dlouho. Výsledkem by mohlo být, že nevhodná společnost se stane lákavější. (Nešpor, Csémy, 1992)

7.4 Výsledky studie ESPAD 2007

Otázkou „Znalosti rodičů o tom, jak děti tráví sobotní večery“ se zabývala Evropská školní studie o alkoholu a jiných drogách (ESPAD) 2007.

Cílovou skupinou byli studenti narozeni v roce 1991. Celkem dotazovaných bylo 3901 studentů. Z toho 29% tvořili žáci 9. tříd ZŠ, 18,3% studenti gymnázií, 43,6% studenti SOŠ, 38,1% studenti SOU.

Výsledky studie ESPAD 2007 v ČR:

- 45,1% studentů uvedlo, že jejich rodiče vždy vědí, jak a s kým tráví sobotní večery;
- 34,3% studentů uvedlo, že jejich rodiče obvykle vědí, jak a s kým tráví sobotní večery;
- 14,5% studentů uvedlo, že jejich rodiče vědí jen někdy, jak a s kým tráví sobotní večery;
- 6,1% studentů uvedlo, že jejich rodiče obvykle nevědí, jak a s kým tráví sobotní večery. (Csémy, Chomynová, Sladílek, 2009)

7.5 Odborná pomoc

Kde najít odbornou pomoc v městě Plzni pro osoby ohrožené návykovými látkami. Některá kontaktní a terapeutická zařízení:

▪ *Kontaktní centrum*

Centrum protidrogové prevence a terapie, o.p.s.

Havířská 11, 301 00 Plzeň, Tel. 377 421 374, 731 522 288

Poskytují odborné informace, poradenství, sociální a zdravotní služby. Podporují změnu směrem k návratu do společnosti a životu bez návykových látek.

▪ *P-centum, středisko primární prevence*

Centrum protidrogové prevence a terapie, o.p.s.

Plachého 6, 301 00 Plzeň, Tel. 377 220 325, 731 183 394

Poskytují pomoc dětem a dospívajícím s experimentujícím a užívajícím návykové látky. Podílí se na tvorbě programů primární prevence.

▪ *Program následné péče (PNP)*

Centrum protidrogové prevence a terapie, o.p.s.

Doudlevecká 71, 301 00 Plzeň, Tel. 377 321 051

Poskytují podporu a informace lidem, kteří se rozhodli žít bez návykových látek, minimálně 3 měsíce abstinují nebo absolvovali léčbu závislosti na návykových látkách.

▪ *Substituční centrum Plzeň*

Ulice – Agentura sociální péče

Kaznějovská 51, 323 00 Plzeň, Tel. 373 395 593, 725 178 656

Poskytují pomoc dlouhodobě závislým na nelegálních drogách, u kterých selhávají pokusy léčby.

▪ *Terénní program Ulice*

Ulice – Agentura sociální péče

Úslavská 31, 326 00 Plzeň, Tel. 720 587 053

Pomáhá závislým na návykových látkách, kteří vedou rizikový způsob života nebo jsou ohroženi.

▪ *Terapeutická komunita Vašíček*

Středisko křesťanské pomoci Plzeň

Litohlavy 50, 337 01 Litohlavy, Tel. 377 334 320, 774 455 988

Pomáhá motivovat k léčbě závislých na návykových látkách.

▪ *Středisko výchovné péče Plzeň*

Karlovarská 67323 00 Plzeň, Tel.: 377 538 185, 774 715 262

Ambulantní a pobytové zařízení pro děti a mládež s výchovnými problémy, rodinná terapie a poradenství. Pro pedagogy pořádá vzdělávací kurzy.

▪ *Linka bezpečí dětí a mládeže 116 111*

Je bezplatná celostátní linka pro děti a mládež v krizových životních situacích, otevřena 24 hodin denně.

(© Katalog poskytovatelů sociálních služeb na území města Plzně, 2014)

8 Zákonné normy České republiky

Základní legislativní normy týkající se primární prevence a návykových látek.

Zákon č. 167/1998 Sb., o návykových látkách.

Zákon č. 65/2017 Sb., o ochraně zdraví před škodlivými účinky návykových látek.

Zákon č. 61/1997 Sb., o lihu.

Zákon č. 40/2009 Sb., trestní zákoník.

Zákon č. 361/2000 Sb., o provozu na pozemních komunikacích.

Zákon č. 378/2007 Sb., o léčivech.

Zákon č. 359/1999 Sb., o sociálně-právní ochraně dětí.

Zákon č. 110/1997 Sb., o potravinách a tabákových výrobcích.

Zákon č. 561/2004 Sb., o předškolním, základním, středním, vyšším odborném a jiném vzdělávání.

Zákon č. 379/2005 Sb., o opatřeních k ochraně před škodami působenými tabákovými výrobky, alkoholem a jinými návykovými látkami a o změně souvisejících zákonů.

Zákon č. 109/2002 Sb., o výkonu ústavní výchovy nebo ochranné výchovy ve školských zařízeních a o preventivně výchovné péči ve školských zařízeních a o změně dalších zákonů.

Zákon 563/2004 Sb., o pedagogických pracovnicích a o změně některých zákonů. (© www.aspi.cz)

PRAKTICKÁ ČÁST

9 Praktická část

Praktická část popisuje metody výzkumu, charakteristiku respondentů a vyhodnocení získaných dat z dotazníkového šetření, které byly rozděleny mezi studenty středních odborných škol a gymnázia. Výsledky z dotazníkového šetření jsou zobrazeny v tabulkách a grafech.

9.1 Cíle empirického výzkumu

Cílem bakalářské práce bylo zjistit aktuální postoje a zkušenosti studentů na legálně dostupné drogy u tří středních škol v Plzni. Zajímalo mě, zda užívání alkoholu a tabáku je rozdílné podle pohlaví studentů a jak studenti vidí dostupnost alkoholu, cigaret a léků v dnešní době. Chtěla jsem se také dozvědět, jak studenti hodnotí drogovou prevenci ze strany škol.

9.2 Výzkumná metoda

Podle charakteru zjišťovaných dat byla zvolena kvantitativní metoda. Použila jsem nestandardizovaný anonymní dotazník vlastní konstrukce, kde při tvorbě otázek byl nejprve proveden pilotní projekt. U 10ti studentů středních škol byla ověřena kvalita dotazníku. Tito studenti měli možnost dotazník vyplnit a také vyjádřit svůj názor na srozumitelnost jednotlivých otázek. Díky tomuto pilotnímu projektu byla upravena formulace tak, aby byly otázky snadno srozumitelné. Těchto 10 studentů jsem nezapočítávala do cílové skupiny respondentů. Otázky v dotazníku jsem zvolila otevřené, kde respondenti měli možnost volné odpovědi. Dále otázky uzavřené, kde respondenti měli výběr z několika variant odpovědí. Veškeré otázky byly formulovány stručně, srozumitelně a tak, aby studenti měli možnost neutrální odpovědi, to v případě, pokud by otázka byla nepříjemná. Celkově dotazník obsahuje třicet otázek. Je rozdělen do několika částí. První část je zaměřena na demografické údaje. V dalších částech dotazníku jsou otázky na respondenta směřovány na zkušenost a frekvenci užívání alkoholu, tabáku, kofeinu, léků a těkavých látek. Dále na nejčastější důvody užívání alkoholu, cigaret a jejich dostupnost, zda si respondent uvědomuje zdravotní rizika a hranici mezi příležitostným užíváním a závislostí. V poslední části dotazníku respondent hodnotí drogovou prevenci na své škole. Dotazník je přílohou č. 1.

9.3 Charakteristika výzkumného souboru

Výzkum byl realizován v průběhu měsíce ledna 2018. Dotazníky byly rozděleny rovným dílem mezi dívky a chlapce ve věku od 15 do 17 let na vybraných středních školách v Plzni. Výzkumu se zúčastnili studenti Středního odborného učiliště stavebního v Plzni, Gymnázia v Plzni a Hotelové školy v Plzni. Vzhledem k zaměření studia na Středním odborném učilišti stavebním dotazník vyplňovali pouze chlapci. Naopak to bylo u Hotelové školy, kde dotazník vyplňovaly převážně dívky. Na gymnáziu byl poměr chlapců a dívek vyrovnaný. Dotazníkové šetření bylo prováděno po domluvě s řediteli všech uvedených středních škol. Dotazníky byly vyplňovány ve spolupráci s vyučujícími přímo ve třídách před zahájením vyučovací hodiny nebo v době třídnické hodiny. Celkem bylo rozdáno 150 dotazníků, kdy návratnost byla 100%. Dotazníky byly překontrolovány a nedostatečně vyplněné vyřazeny. Jednalo se o 5 dotazníků, jejichž respondenti neprojevíli snahu o poskytnutí svých dat, nebo jejich odpovědi byly evidentně nesmyslné. Výzkumný vzorek mé bakalářské práce tvoří celkem 145 studentů, z toho 71 dívek a 75 chlapců.

9.4 Stanovení hypotéz

Otázky v dotazníku byly sestaveny tak, abych se dozvěděla to, co jsem potřebovala pro svou práci. Před sestavením dotazníku jsem si stanovila následující hypotézy.

Hypotéza č. 1

Užívání alkoholu je častější u chlapců nežli u dívek.

Hypotéza č. 2

Chlapci v dotazované skupině kouří častěji nežli dívky.

Hypotéza č. 3

Studenti považují cigarety, léky i alkohol za snadno dostupné.

10 Vyhodnocení dotazníkového šetření

Pro empirické šetření jsem vypracovala dotazník, který je přílohou č. 1 této práce. Dotazníky byly překontrolovány a nedostatečně vyplněné vyřazeny.

Tabulka č. 1 Počet respondentů dotazníkového šetření

Počet respondentů	150
Celkem rozdáno dotazníků	150
Vyřazeno pro nedostatečnou vyplněnost	5
Počet zpracovaných formulářů	145

10.1 Obecné údaje o respondentech

V dotazníku jsem nejdříve zjišťovala demografické údaje, pohlaví, věk studentů a z jaké střední školy studenti jsou.

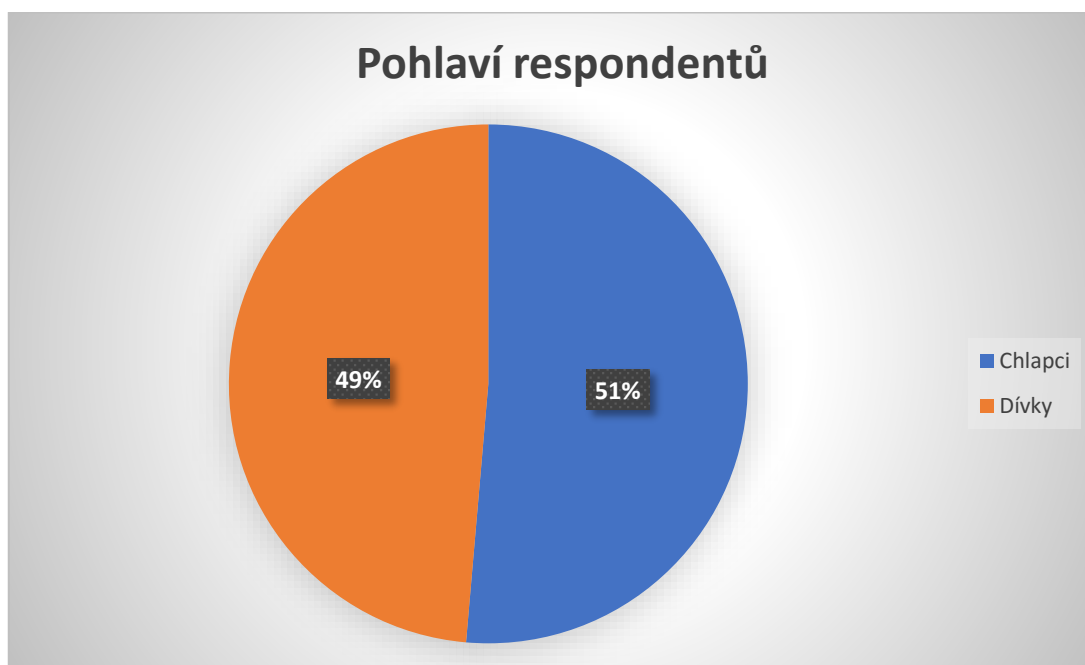
Údaj č. 1 Pohlaví respondentů

Výzkumu se účastnilo celkem 145 respondentů, z toho 71 (49%) dívek a 75 (51%) chlapců.

Tabulka č. 2 Pohlaví respondentů

Pohlaví	Počet	%
Dívky	71	49
Chlapci	75	51

Graf č. 1 Pohlaví respondentů



Údaj č.2 Věk respondentů

Z celkového počtu 145 respondentů byly dívky v zastoupení 15 leté (9%), 16 leté 20%, 17 leté 20%. Chlapci byli v zastoupení 15 letí (10%), 16 letí (13%), 17 letí (28%).

Tabulka č. 3 Věk respondentů

Věk	Dívky počet	Dívky %	Chlapci počet	Chlapci %	Celkem %
15 let	13	9%	15	10%	19%
16 let	29	20%	19	13%	33%
17 let	29	20%	40	28%	48%

Graf č. 2 Věk respondentů



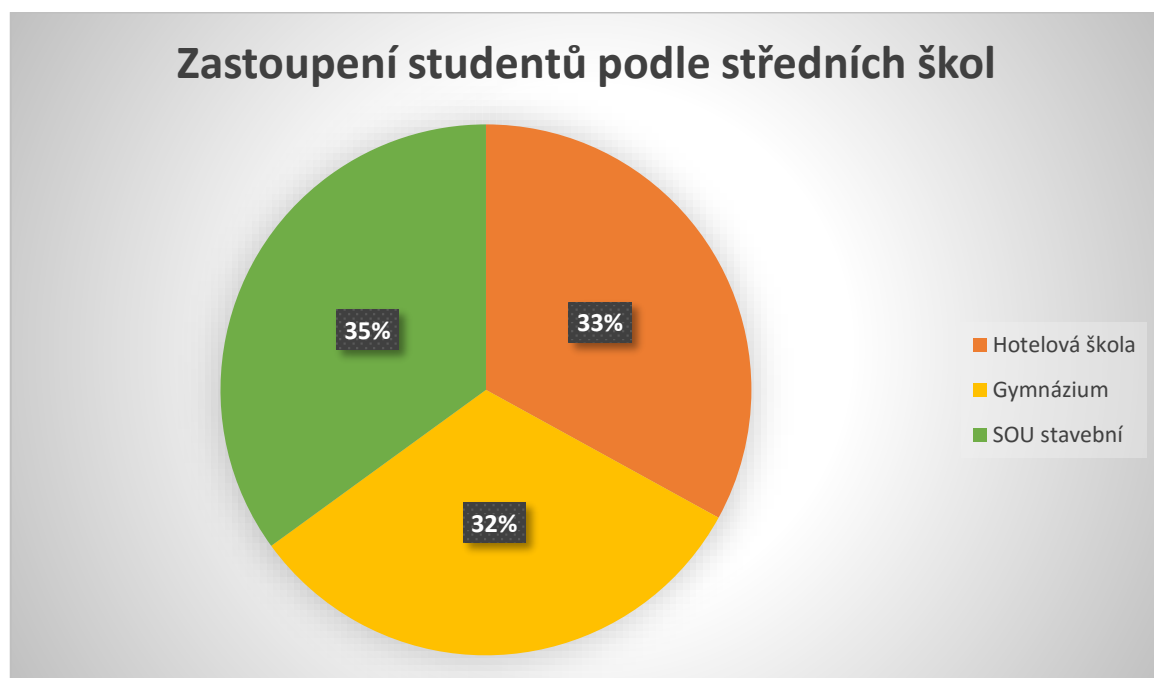
Údaj č. 3 Zastoupení studentů podle středních škol

Z celkového počtu 145 respondentů se šetření zúčastnilo 48 studentů (33%) z Hotelové školy Plzeň, 47 studentů (32%) z Gymnázia Plzeň, 50 studentů (35%) SOU stavební, Plzeň.

Tabulka č. 4 Zastoupení žáků podle středních škol

Střední škola	Počet	%
Hotelová škola	48	33%
Gymnázium	47	32%
SOU stavební	50	35%

Graf č. 3 Zastoupení žáků podle středních škol



10.2 Vyhodnocení dotazníkového šetření

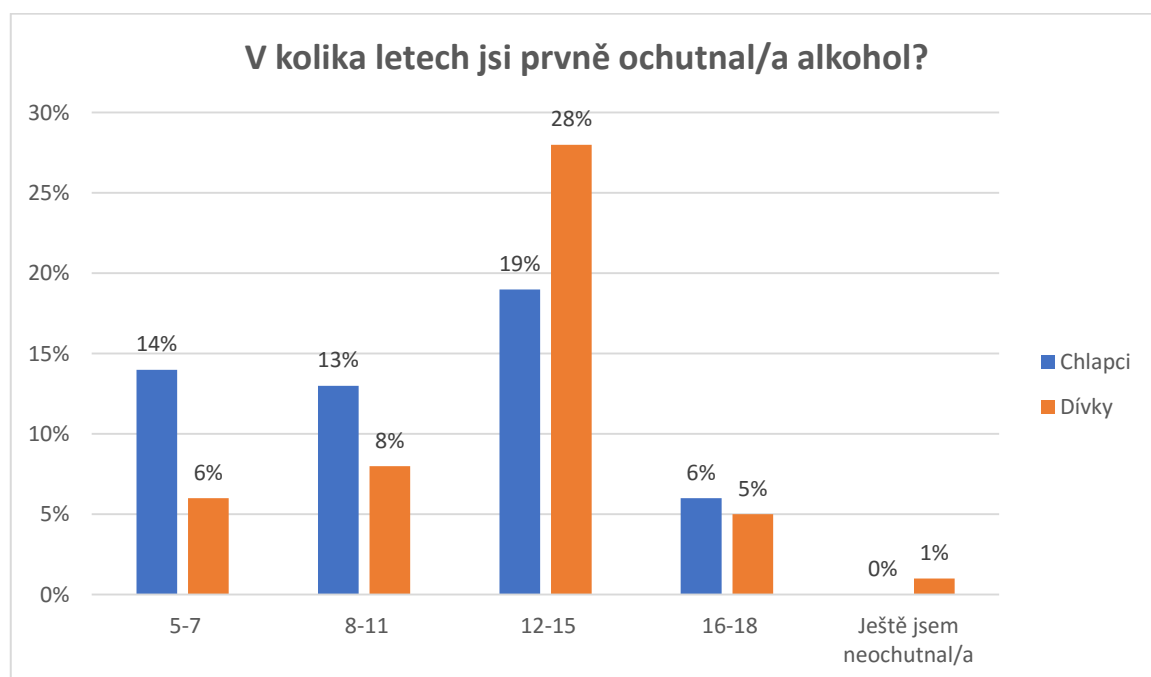
Otázka č. 1

V kolika letech jsi prvně ochutnal/a alkohol?

Tabulka č. 5

	Chlapci počet	Dívky počet
5-7	9	20
8-11	12	18
12-15	41	27
16-18	7	9
Ještě jsem neochutnala	2	0

Graf č. 4



I přesto, že je konzumace alkoholických nápojů v České republice povolena až od 18 let, z grafu je patrné, že nejvíce respondentů ochutnalo alkoholické nápoje ve věku 12 až 15 let. Zarážející je vysoké % u dívek (28%) oproti chlapcům (19%). Chlapci oproti dívkám vedou v ostatních věkových kategoriích 5-7 (14%), 8-11 (13%), 16-18 (6%).

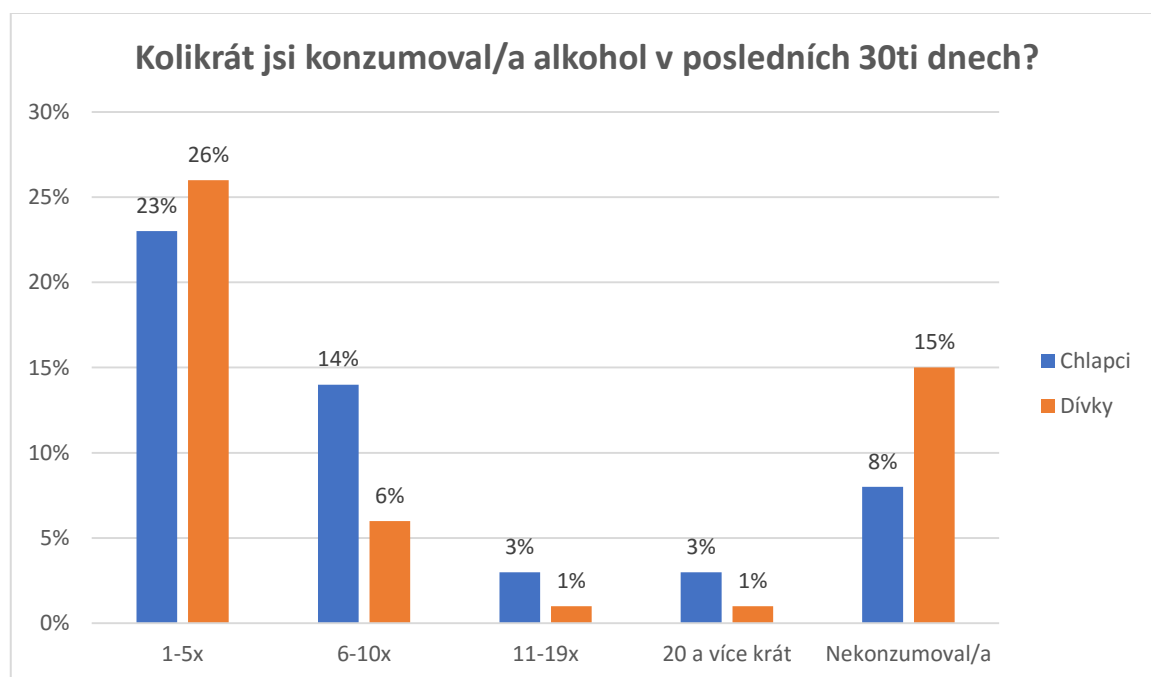
Otázka č. 2

Kolikrát jsi konzumoval/a alkohol v posledních 30ti dnech?

Tabulka č. 6

	Chlapci počet	Dívky počet
1-5x	33	37
6-10x	21	8
11-19x	4	2
20 a více krát	4	2
Nekonzumoval/a	12	22

Graf č. 5



Z odpovědí vyplývá, že alkohol konzumovalo 1-5x v posledních 30ti dnech 23% chlapců a 26% dívek. Překvapující je, že alkohol konzumovalo více dívek oproti chlapcům. Chlapci 14% konzumovali alkohol 6-10x v posledních 30ti dnech u dívek je to 6%. Naopak alkohol nekonzumovalo za posledních 30 dní 15% dívek a 8% chlapců.

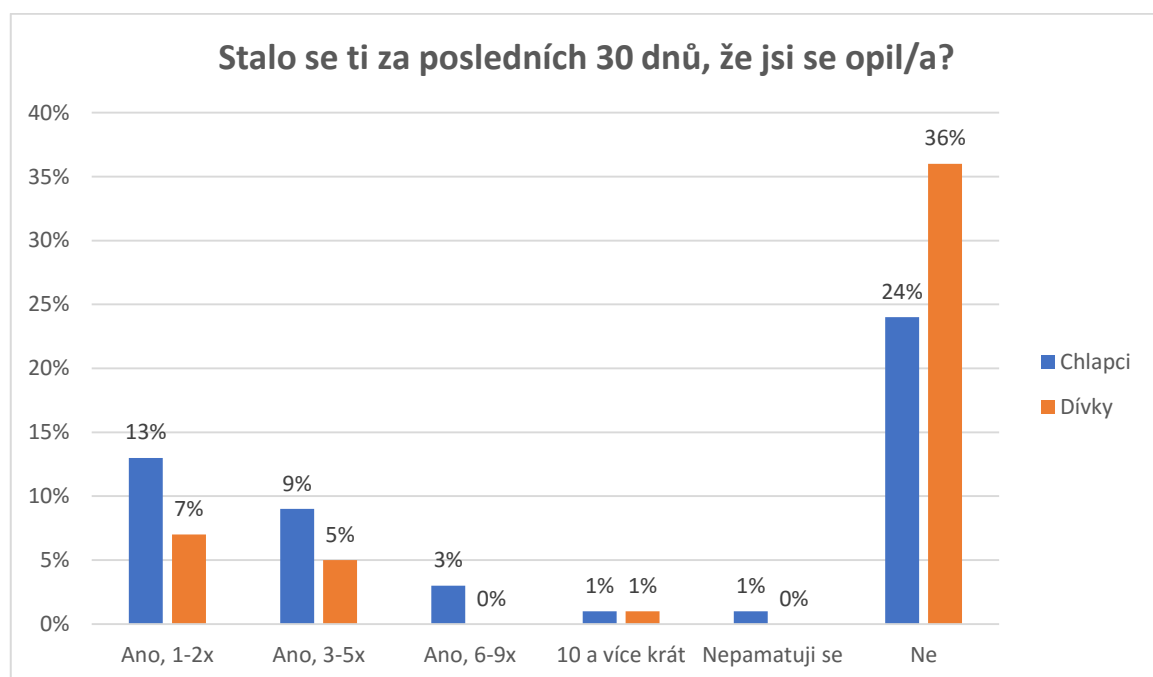
Otázka č.3

Stalo se ti za posledních 30 dnů, že jsi se opil/a?

Tabulka č. 7

	Chlapci počet	Dívky počet
Ano, 1-2x	19	10
Ano, 3-5x	13	7
Ano, 6-9x	5	0
10 a více krát	1	1
Nepamatuji se	1	0
Ne	35	53

Graf č. 6



13% chlapců a 7% dívek přiznává, že se za posledních 30 dnů opili 1-2x. 3-5x se za posledních 30 dnů opilo 9% chlapců a 5% dívek. Zajímavé je, že 39% respondentů uvedlo zkušenost s opilostí ještě před dosažením plnoletosti.

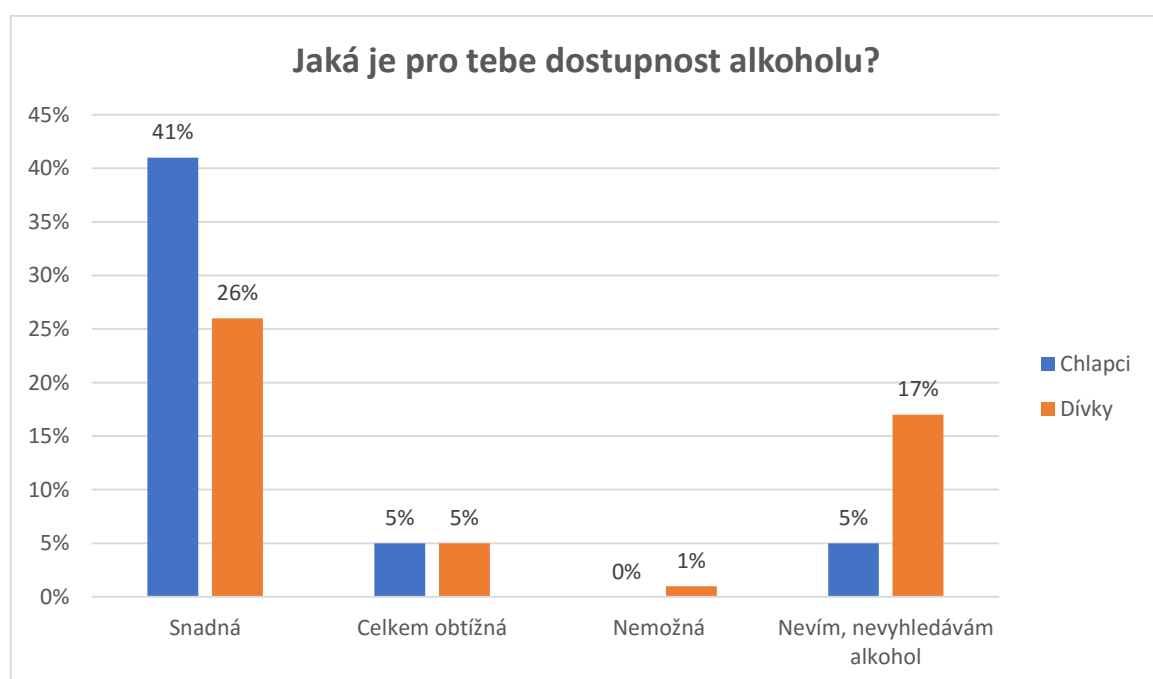
Otázka č. 4

Jaká je pro tebe dostupnost alkoholu?

Tabulka č. 8

	Chlapci počet	Dívky počet
Snadná	60	37
Celkem obtížná	7	8
Nemožná	0	2
Nevím, nevyhledávám alkohol	7	24

Graf č. 7



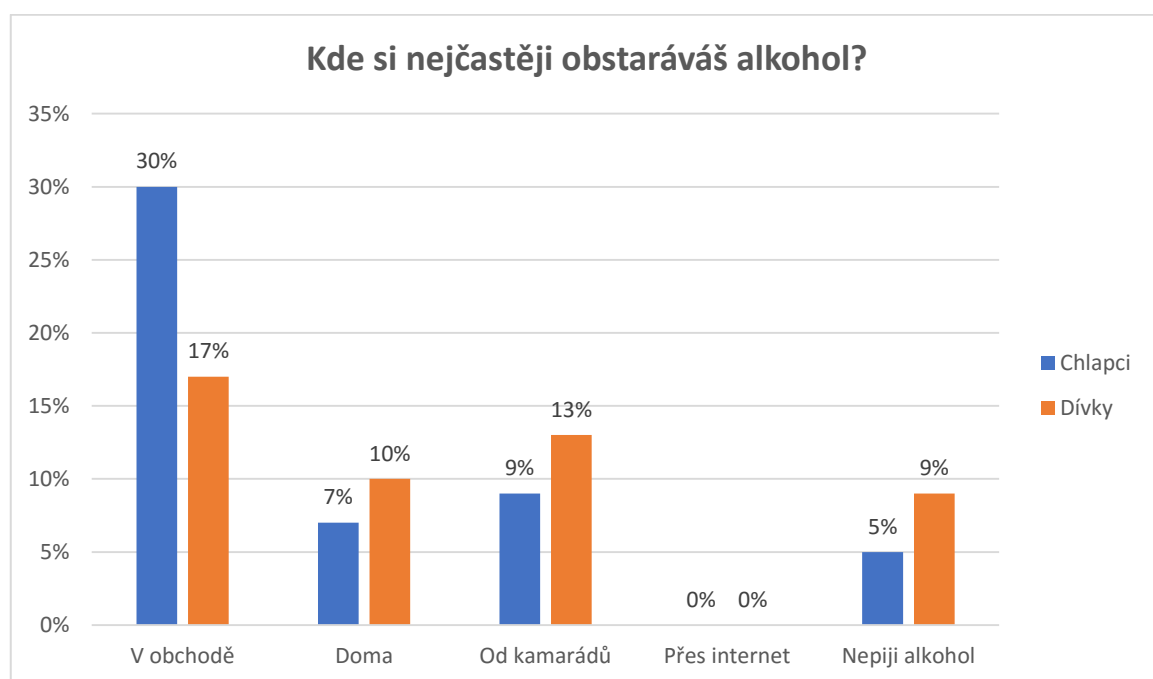
Z odpovědí vyplývá, že dostupnost alkoholických nápojů je pro nezletilé studenty snadná (67%), což je alarmující vzhledem k zákazu prodeje či podávání alkoholických nápojů osobám mladším 18 let. 5% studentů shodně vidí dostupnost alkoholu jako celkem obtížnou. 1% dívek udává dokonce, že je nemožné sehnat alkohol. Naopak 17% dívek a 5% chlapců volilo neutrální odpověď.

Otázka č. 5
Kde si nejčastěji obstaráváš alkohol?

Tabulka č. 9

	Chlapci počet	Dívky počet
V obchodě	43	24
Doma	10	14
Od kamarádů	13	19
Přes internet	0	0
Nepiji alkohol	8	14

Graf č. 8



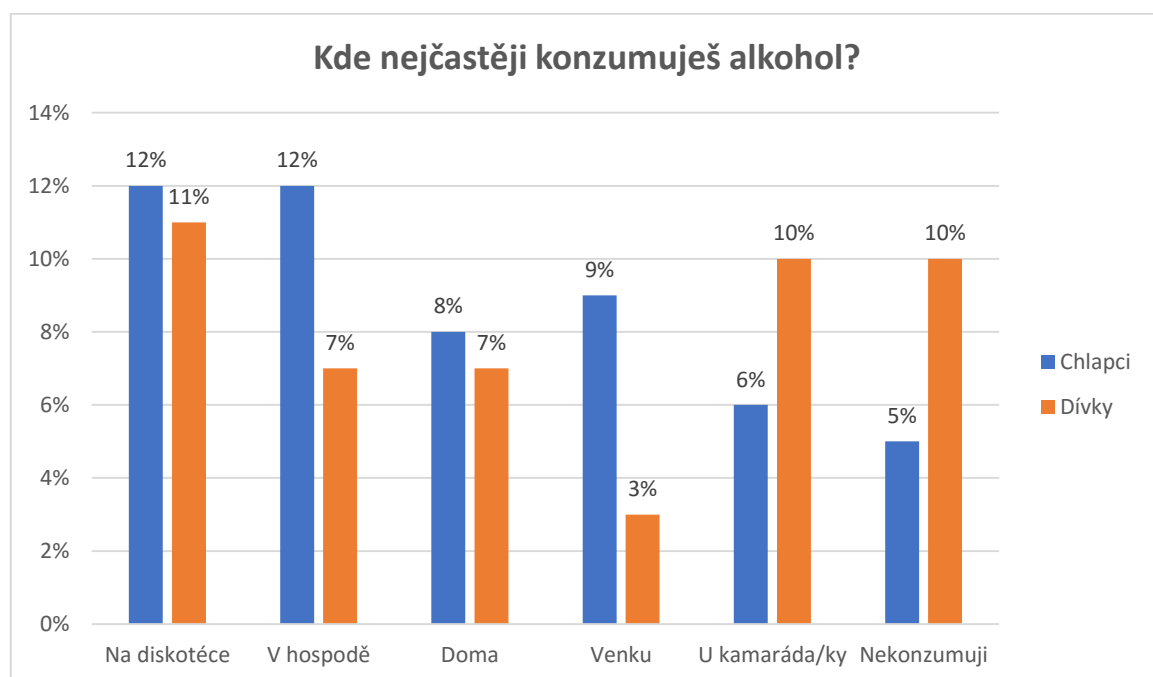
Z grafu č. 8 je patrné že studenti nejvíce nakupují alkoholické nápoje v obchodě (47%). Dále si jej obstarávají nejčastěji od kamarádů (22%) a doma (17%).

Otázka č. 6
Kde nejčastěji konzumuješ alkohol?

Tabulka č. 10

	Chlapci počet	Dívky počet
Na diskotéce	17	16
V hospodě	18	10
Doma	11	11
Venku	13	4
U kamaráda/ky	8	15
Nekonzumuji	7	15

Graf č. 9



Na otázku, kde studenti nejčastěji konzumují alkohol, uvedli chlapci shodně (12%) na diskotéce a v hospodě. Dále chlapci ještě uvedli konzumaci alkoholu venku (9%), doma (8%) a 6% u kamaráda/ky. Dívky nejčastěji konzumují alkohol na diskotéce (11%) a u kamaráda/ky (10%). Dále dívky ještě shodně uvedly, že alkohol konzumují v hospodě a doma (7%). Odpověď venku volila 3% dívek.

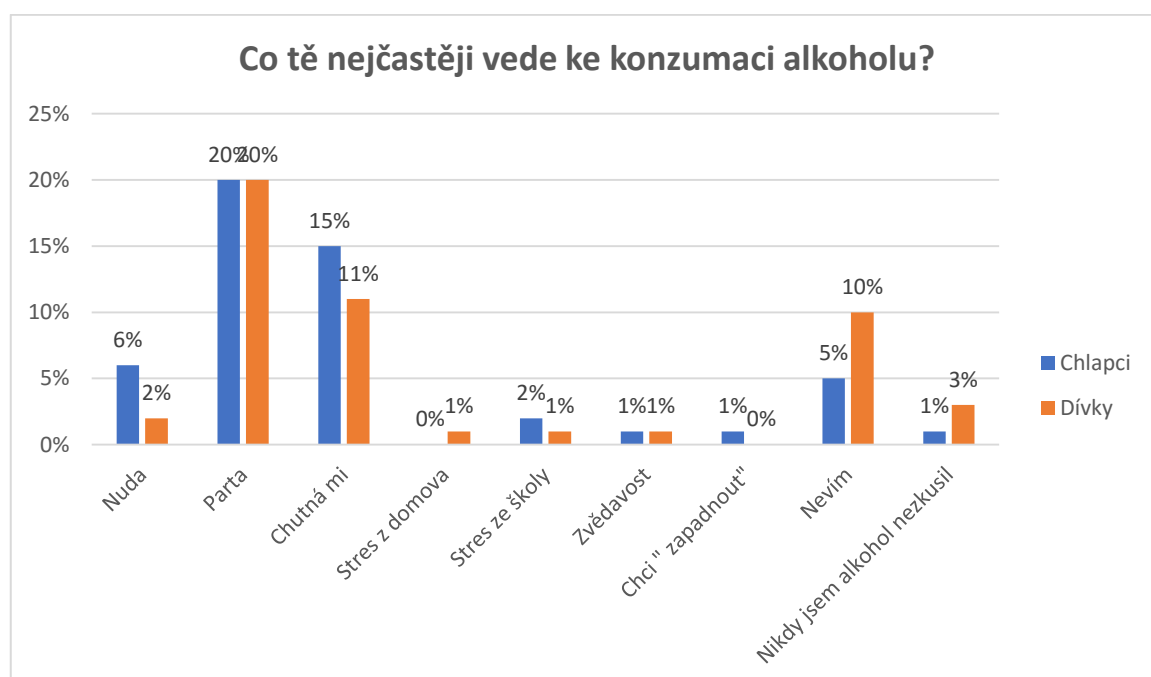
Otázka č. 7

Co tě nejčastěji vede ke konzumaci alkoholu?

Tabulka č. 11

	Chlapci počet	Dívky počet
Nuda	9	3
Parta	29	29
Chutná mi	22	15
Stres z domova	0	2
Stres ze školy	3	2
Zvědavost	1	1
Chci " zapadnout"	1	0
Nevím	7	14
Nikdy jsem alkohol nezkusil	2	5

Graf č. 10



Studenty nejčastěji ke konzumaci alkoholu vede parta, shodli se na tom chlapci i dívky a to 20%. Tento výsledek potvrzuje, že parta je sociálně zásadní faktor, který by se mohl podílet na vzniku závislosti. Alkohol mi chutná uvedlo 15% chlapců a 11% dívek. Dívky neví, proč konzumují alkohol v 10% a chlapci v 5%. Z nudy pije alkohol 6% chlapců a 2% dívek.

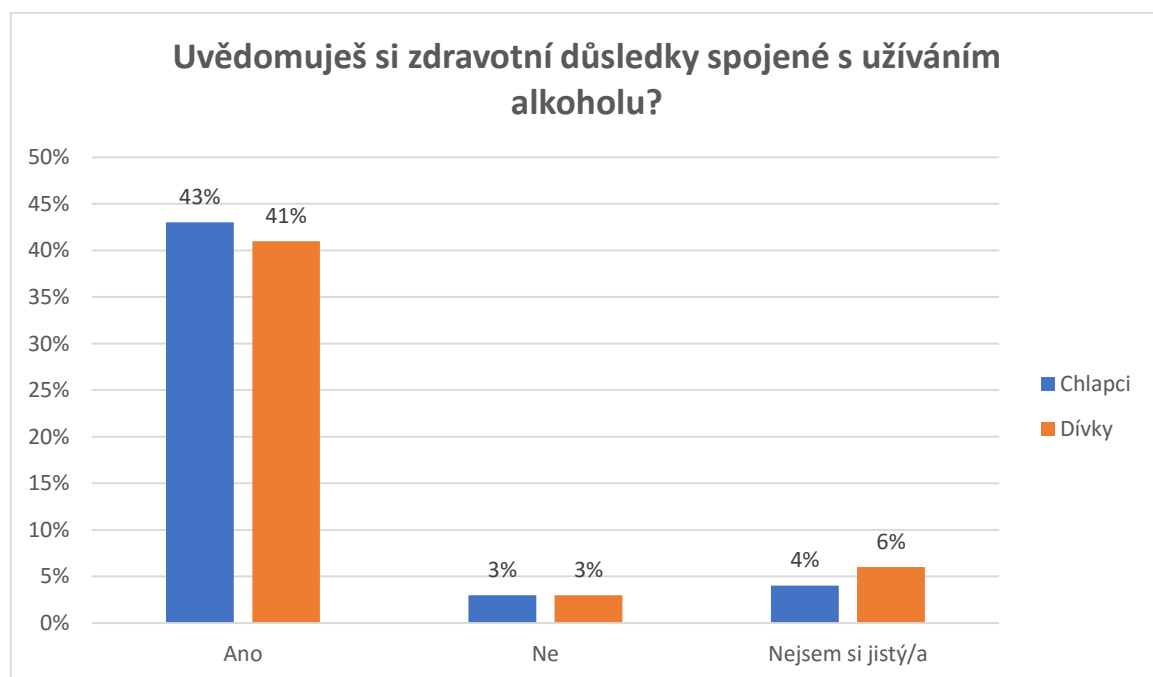
Otázka č. 8

Uvědomuješ si zdravotní důsledky spojené s užíváním alkoholu?

Tabulka č. 12

	Chlapci počet	Dívky počet
Ano	63	59
Ne	5	4
Nejsem si jistý/a	6	8

Graf č. 11



Z grafu č. 11 je patrné, že chlapci (43%) a dívky (41%) si uvědomují zdravotní důsledky spojené s užíváním alkoholu. 6% dívek a 4% chlapců si nejsou jisti a shodně 3% chlapců i dívek si neuvědomují zdravotní důsledky spojené s užíváním alkoholu.

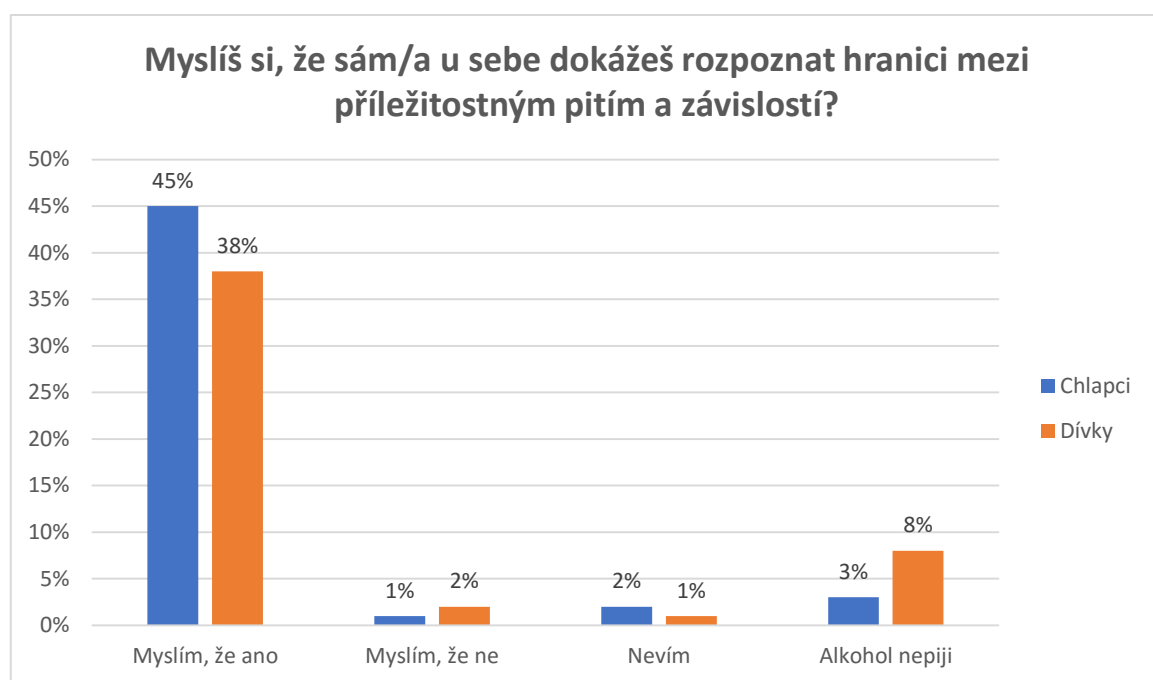
Otázka č. 9

Myslíš si, že sám/a u sebe dokážeš rozpoznat hranici mezi příležitostným pitím a závislostí?

Tabulka č. 13

	Chlapci počet	Dívky počet
Myslím, že ano	64	54
Myslím, že ne	2	3
Nevím	3	2
Alkohol nepiji	5	12

Graf č. 12



Z odpovědí studentů vyplývá, že jednoznačně hranici mezi příležitostným pitím a závislostí dokáže rozpoznat 45% chlapců a 38% děvčat. 2% chlapců a 1% dívek neví a 2% dívek a 1% chlapců si myslí, že nedokáží rozpoznat hranici mezi příležitostným pitím a závislostí.

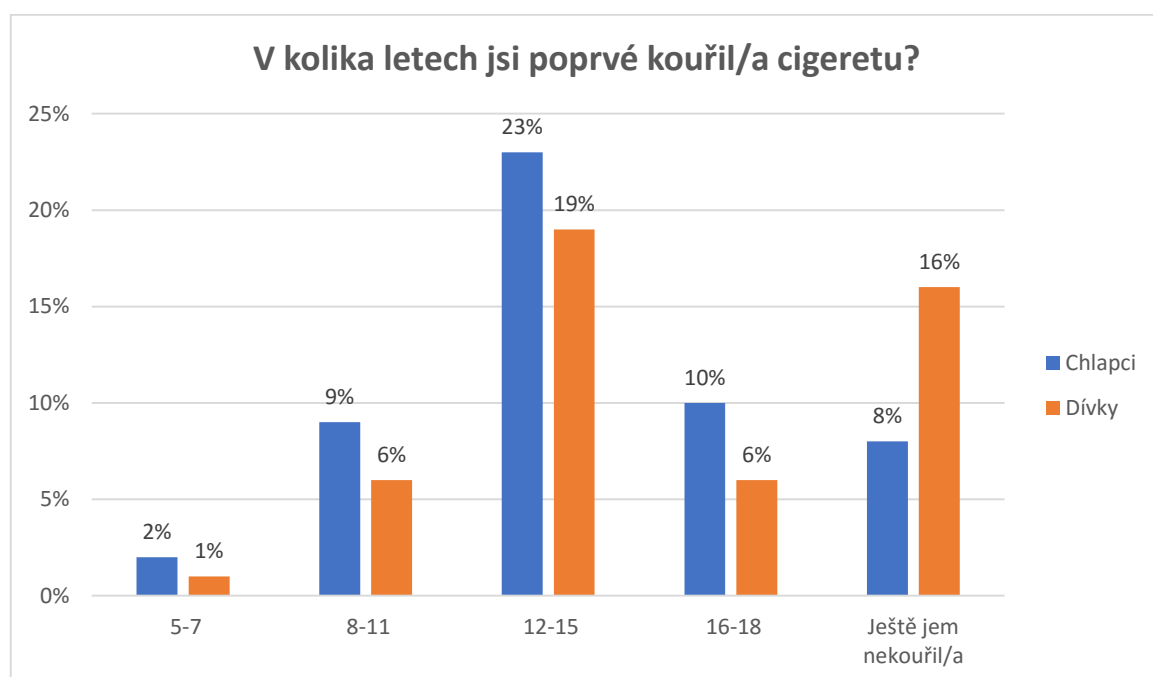
Otázka č. 10

V kolika letech jsi poprvé kouřil/a cigaretu?

Tabulka č. 14

	Chlapci počet	Dívky počet
5-7	3	2
8-11	13	9
12-15	33	28
16-18	14	8
Ještě jsem nekouřil/a	11	24

Graf č. 13



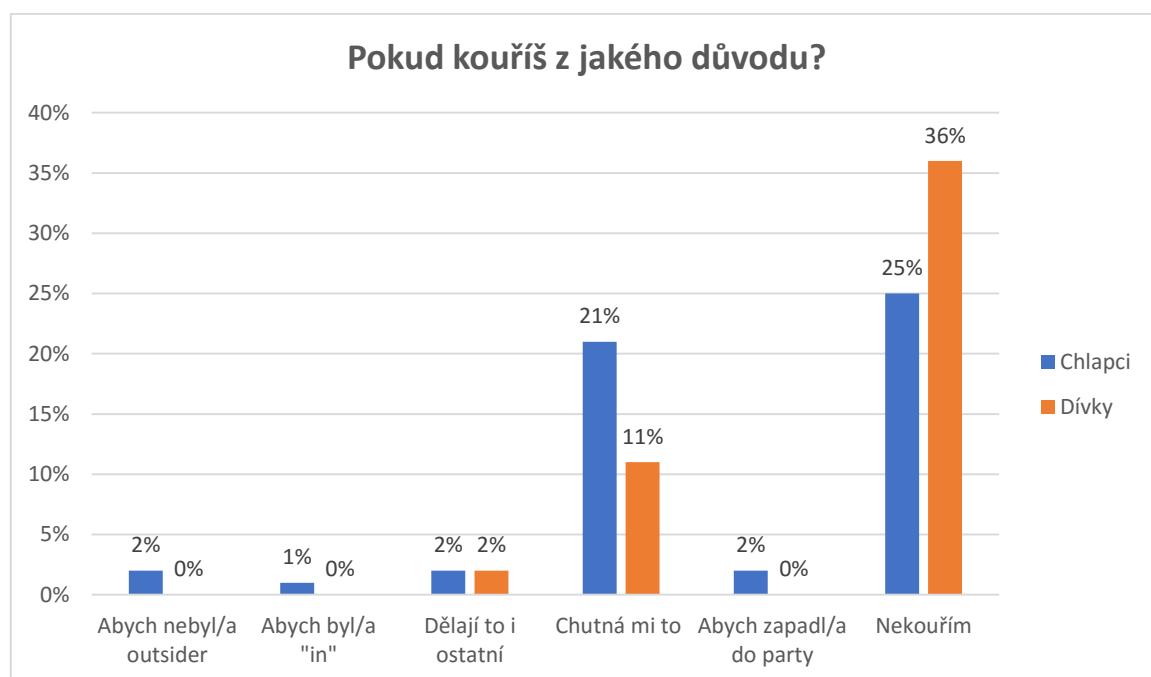
Prodej tabákových výrobků je v České republice povolen až od 18 let, ale z grafu je patrné, že nejvíce respondentů má první zkušenost s kouřením cigaret ve věku 12 až 15 let u chlapců, 23% a dívek 19%. Nejnižší věk 5-7 let uvedlo 2% chlapců a 1% dívek. Ve věku 8-11 let vyzkoušelo kouřit cigaretu 9% chlapců a 6% dívek. Žádnou zkušenost s kouřením nemá 16% dívek a 8% chlapců.

Otázka č. 11
Pokud kouříš z jakého důvodu?

Tabulka č. 15

	Chlapci počet	Dívky počet
Abych nebyl/a outsider	2	0
Abych byl/a "in"	1	0
Dělají to i ostatní	2	3
Chutná mi to	30	16
Abych zapadl/a do party	3	0
Nekouřím	36	52

Graf č. 14



V této otázce chlapci (21%) a dívky (11%) nejčastěji uvedli, že jim kouření chutná. 2% shodně chlapci i dívky odpověděli, že kouří, protože to dělají i ostatní. Ve 2% se chlapci shodli, že kouří, aby zapadli do party a nebyli outsidersy. Z důvodu, aby byly „in“, kouří 1% chlapců.

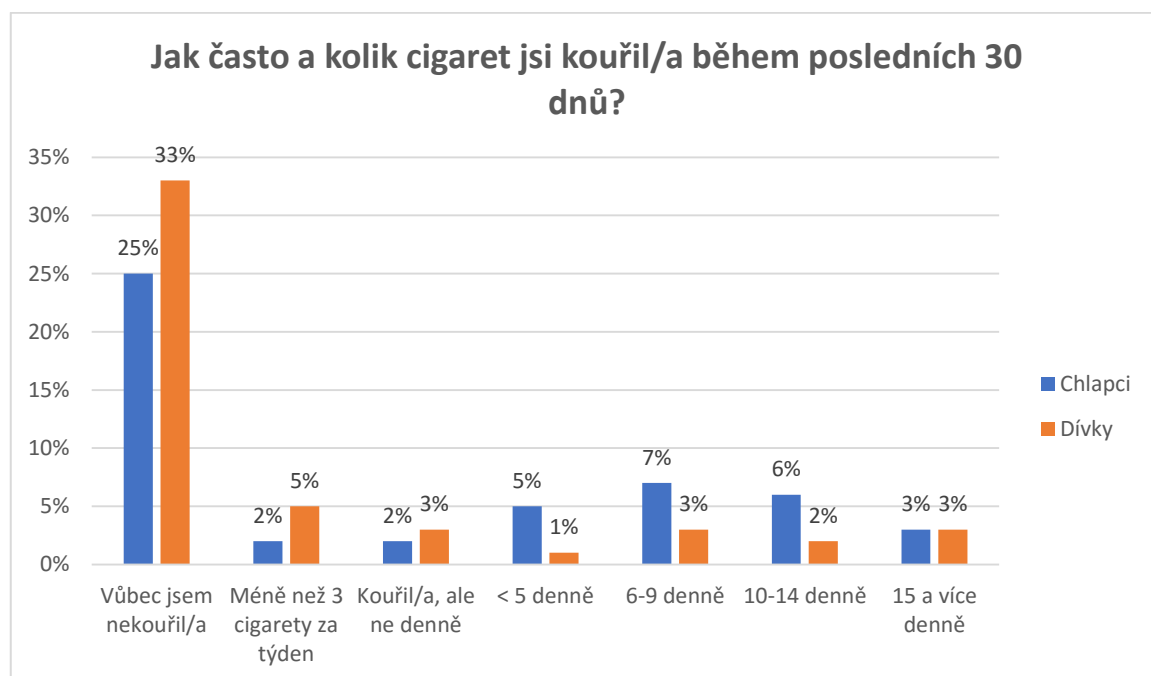
Otázka č. 12

Jak často a kolik cigaret jsi kouřil/a během posledních 30 dnů?

Tabulka č. 16

	Chlapci počet	Dívky počet
Vůbec jsem nekouřil/a	37	49
Méně než 3 cigarety za týden	3	7
Kouřil/a, ale ne denně	3	4
< 5 denně	7	2
6-9 denně	10	4
10-14 denně	9	3
15 a více denně	5	2

Graf č. 15



Z grafu č. 15 je patrné, že 33% dívek a 25% chlapců za posledních 30 dnů nekouřili. Méně než 3 cigarety za týden vykouří 5% dívek a 2% chlapců. Kouří, ale ne denně, 2% chlapců a 3% dívek. Méně než 5 cigaret denně vykouří 5% chlapců a 1% dívek. 6-9 cigaret denně vykouří 7% chlapců a 3% dívek. 10-14 cigaret denně vykouří 6% chlapců a 2% dívek. 15 a více cigaret shodně vykouří 3% chlapců i dívek. Celkem 42% respondentů uvedlo, že si zapálí cigaretu ještě před dosažením plnoletosti.

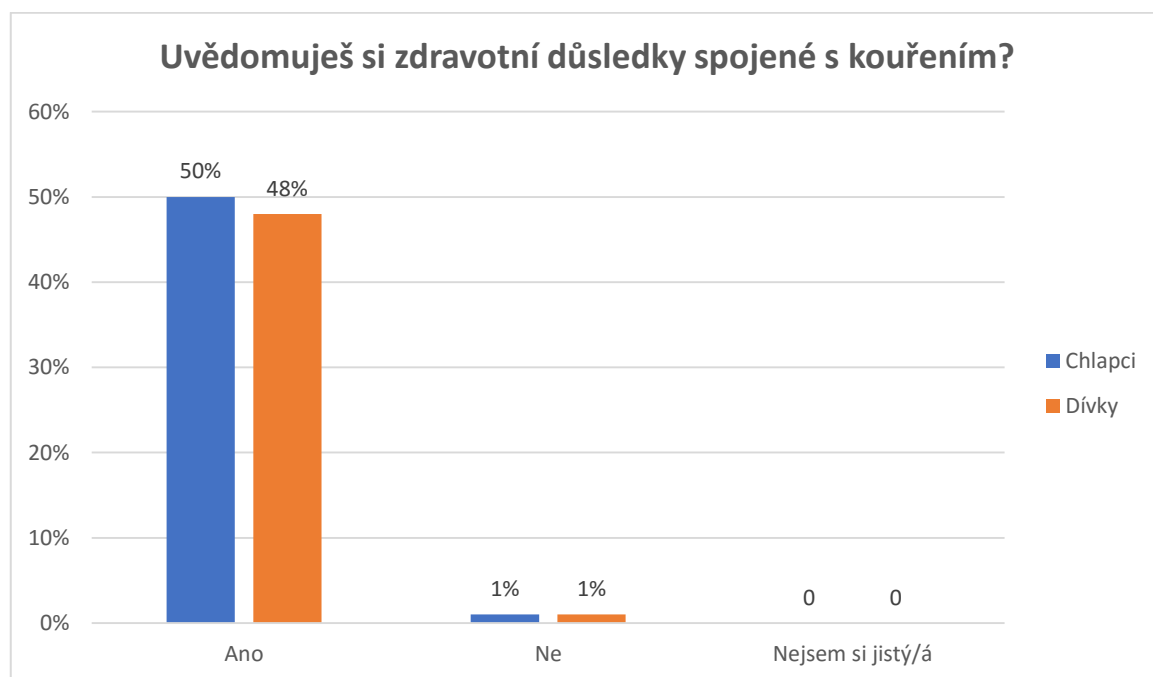
Otázka č. 13

Uvědomuješ si zdravotní důsledky spojené s kouřením?

Tabulka č. 17

	Chlapci počet	Dívky počet
Ano	3	70
Ne	1	1
Nejsem si jistý/á	0	0

Graf č. 16



50% chlapců a 48% dívek si uvědomují zdravotní důsledky spojené s kouřením, ale i přesto je to neodradí, jak jsem zaznamenala již v grafu č. 15. Shodně 1% dívek i chlapců si neuvědomují zdravotní důsledky spojené s kouřením.

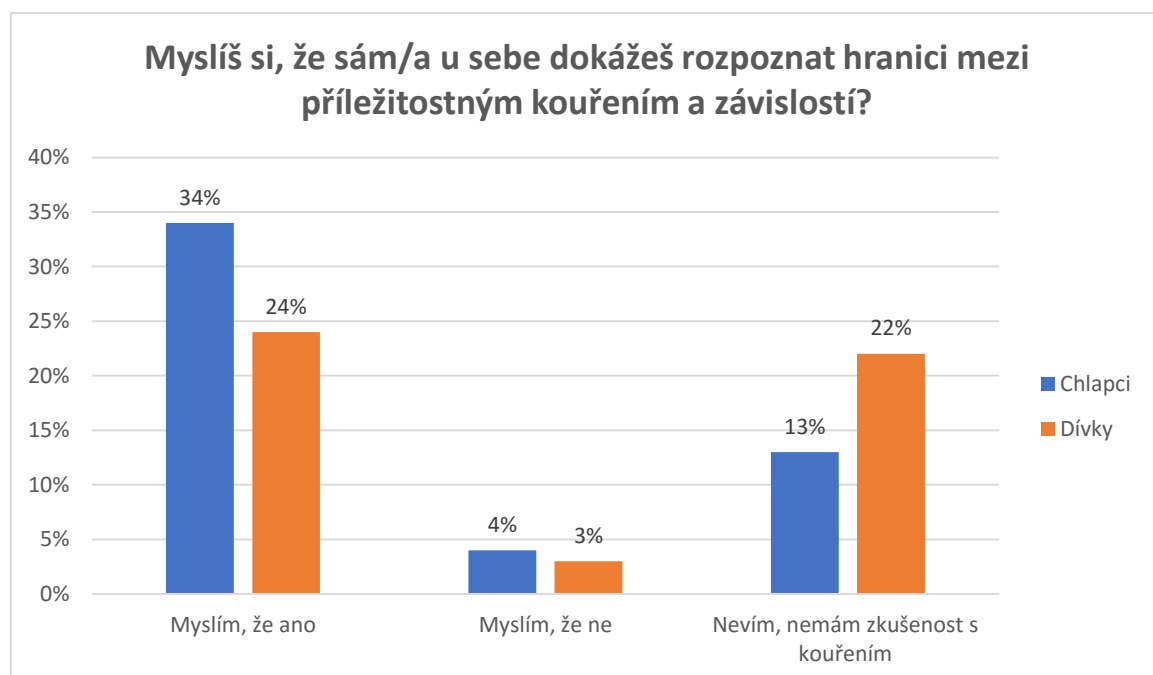
Otázka č. 14

Myslíš si, že sám/a u sebe dokážeš rozpoznat hranici mezi příležitostným kouřením a závislostí?

Tabulka č. 18

	Chlapci počet	Dívky počet
Myslím, že ano	49	35
Myslím, že ne	6	4
Nevím, nemám zkušenost s kouřením	19	32

Graf č. 17



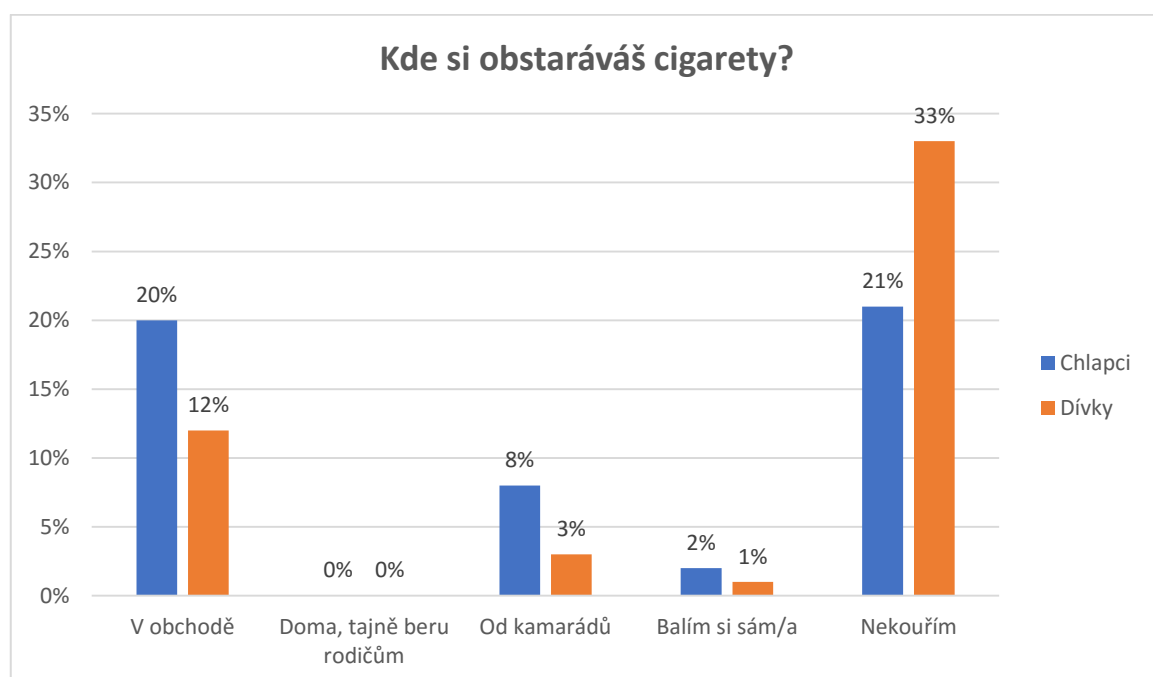
Z odpovědí studentů vyplývá, že jednoznačnou hranici mezi příležitostným kouřením a závislostí dokáže rozpoznat 34% chlapců a 24% dívek. Odpověď nevím, nemám zkušenost s kouřením, zvolilo 13% chlapců a 22% dívek. 4% chlapců a 3% dívek si myslí, že nedokáže rozpoznat hranici mezi příležitostným kouřením a závislostí.

Otázka č. 15
Kde si obstaráváš cigarety?

Tabulka č. 19

	Chlapci počet	Dívky počet
V obchodě	28	18
Doma, tajně беру rodičům	0	0
Od kamarádů	12	5
Balím si sám/a	3	1
Nekouřím	31	47

Graf č. 18



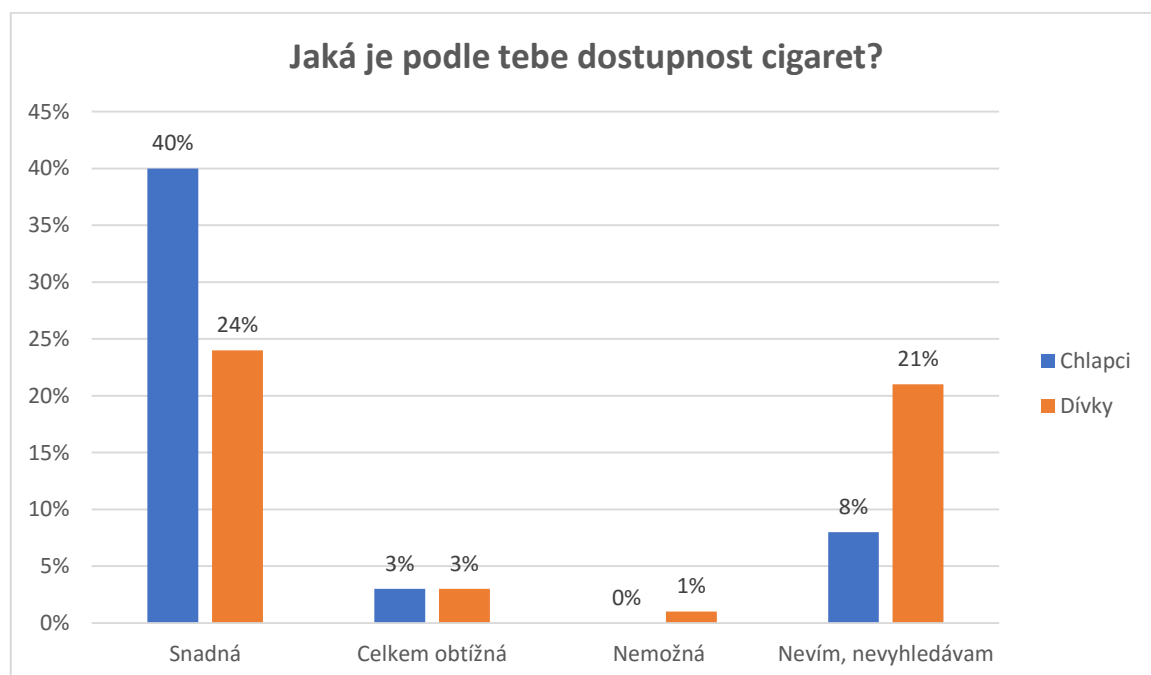
Ze zjištěných údajů vyplývá, že 20% chlapců a 12% dívek si nejčastěji obstarává cigarety v obchodě. Od kamarádů dostává cigarety 8% chlapců a 3% dívek. 2% chlapců a 1% dívek uvádí, že si balí cigarety sami.

Otázka č. 16
Jaká je podle tebe dostupnost cigaret?

Tabulka č. 20

	Chlapci počet	Dívky počet
Snadná	57	35
Celkem obtížná	5	5
Nemožná	0	1
Nevím, nevyhledávám	12	30

Graf č. 19



Z grafu je patrné, že dostupnost cigaret je pro nezletilé studenty snadná (64%), což je zarážející vzhledem k zákazu prodeje cigaret a distribuci osobám mladším 18 let. 3% studentů shodně vidí dostupnost cigaret jako celkem obtížnou. 1% dívek udává dokonce, že je nemožné sehnat cigarety. Naopak 21% dívek a 8% chlapců volilo neutrální odpověď.

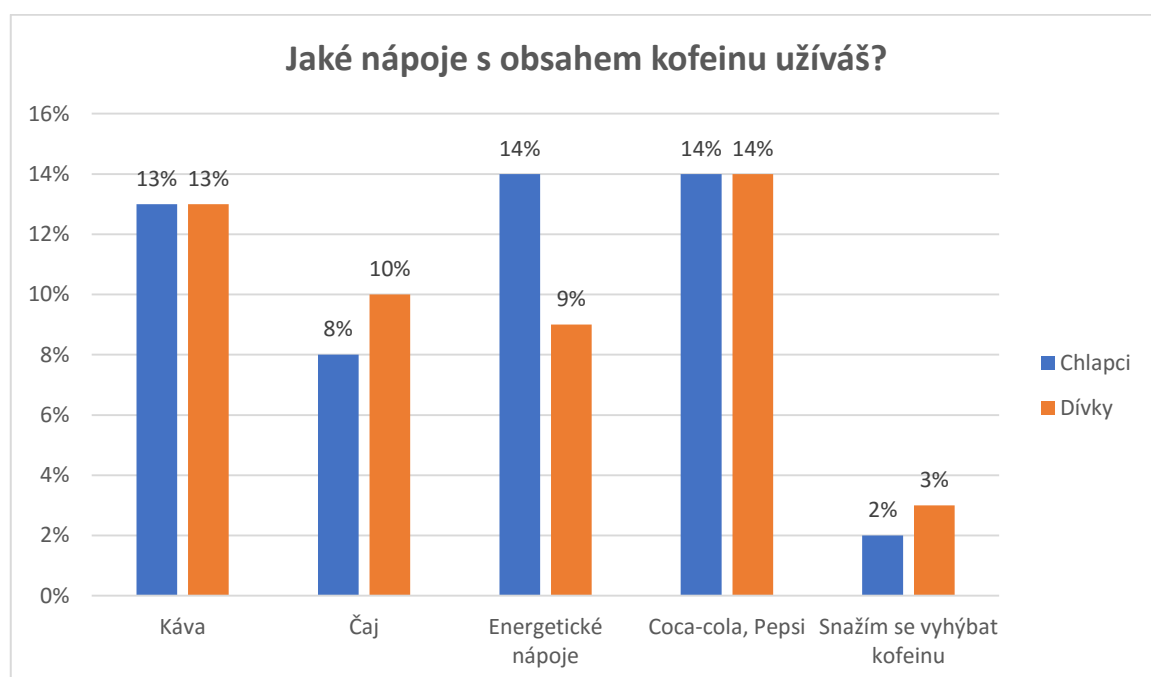
Otázka č. 17

Jaké nápoje s obsahem kofeinu užíváš?

Tabulka č. 21

	Chlapci počet	Dívky počet
Káva	19	19
Čaj	11	14
Energetické nápoje	20	12
Coca-cola, Pepsi	21	21
Snažím se vyhýbat kofeinu	3	5

Graf č. 20



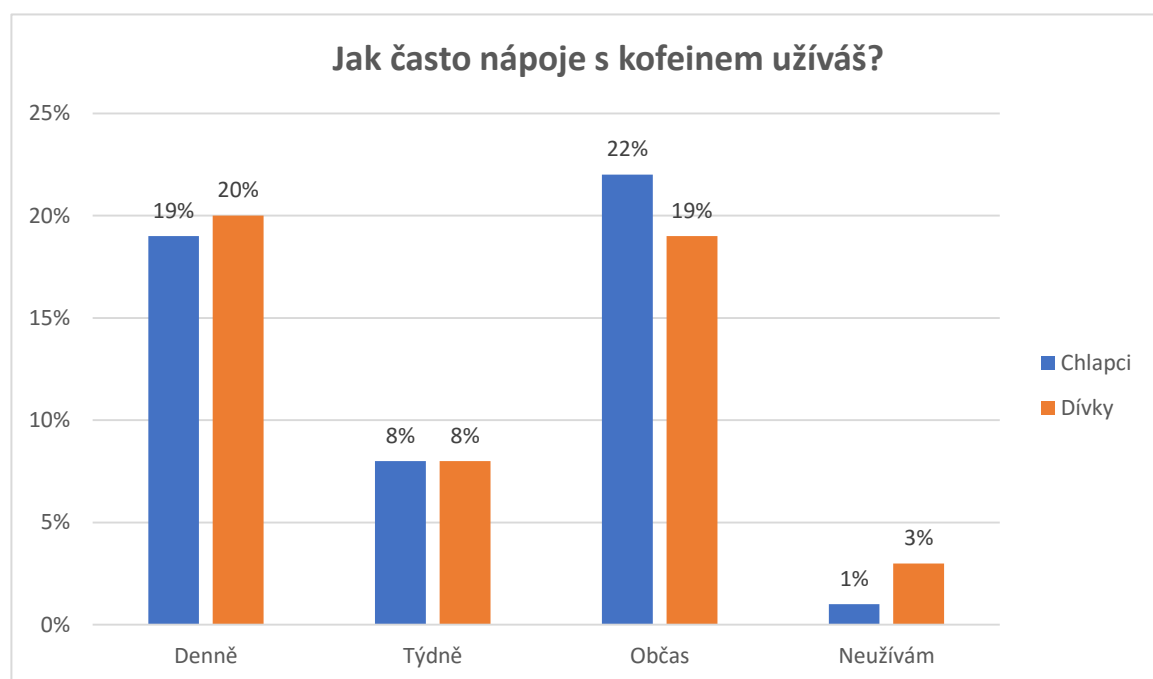
Na otázku, jaké nápoje s kofeinem užíváš, odpověděli studenti shodně a to 14%. Nejvíce pijí kolové nápoje. U chlapců ještě vedou energetické nápoje (14%), u dívek je to o něco méně (9%). Dívky dávají více přednost čaji (10%), chlapci jen z 8%. Studenti se také shodli na časté konzumaci kávy, a to 13%. Naopak nápojům s obsahem kofeinu se snaží vyhýbat 3% dívek a 2% chlapců.

Otázka č. 18
Jak často nápoje s kofeinem užíváš?

Tabulka č. 22

	Chlapci počet	Dívky počet
Denně	28	29
Týdně	11	12
Občas	33	28
Neužívám	2	2

Graf č. 21



Z odpovědí studentů vyplývá, že nápoje s kofeinem denně užívá 39% studentů, občas 41% studentů a týdně si dopřejí nápoje s kofeinem 16% studentů.

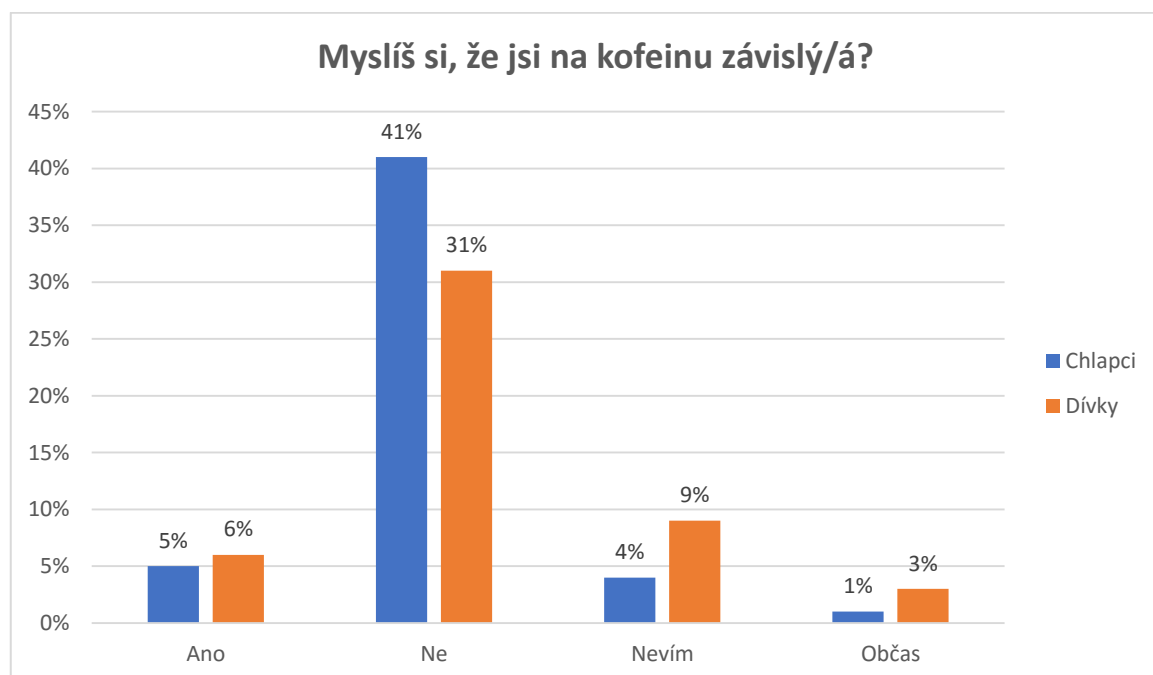
Otázka č. 19

Myslíš si, že jsi na kofeinu závislý/á?

Tabulka č. 23

	Chlapci počet	Dívky počet
Ano	7	8
Ne	60	46
Nevím	6	13
Občas	1	4

Graf č. 22



Jak je z grafu č. 22 patrné, 41% chlapců a 31% dívek si nemyslí, že jsou na kofeinu závislí. Naopak 5% chlapců a 6% dívek si myslí, že jsou závislí. Odpověď občas volilo 3% dívek a 1% chlapců. Neutrální odpověď nevím zvolilo 9% dívek a 4% chlapců.

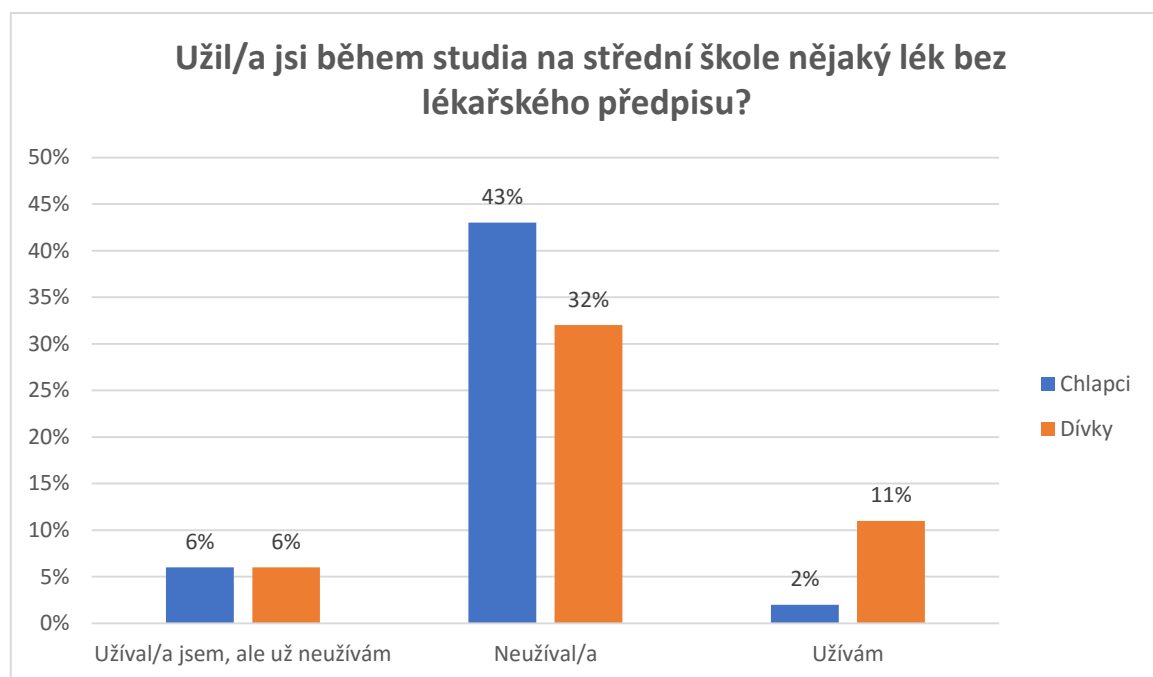
Otázka č. 20

Užil/a jsi během studia na střední škole nějaký lék bez lékařského předpisu?

Tabulka č. 24

	Chlapci počet	Dívky počet
Užíval/a jsem, ale už neužívám	9	9
Neužíval/a	62	46
Užívám	3	16

Graf č. 23



43% chlapců a 32% dívek neužívá žádné léky bez lékařského předpisu. Naopak 11% dívek a 2% chlapců užívá léky bez lékařského předpisu. Lék bez lékařského předpisu užívali, ale už neužívají, shodně 6% chlapců a dívek.

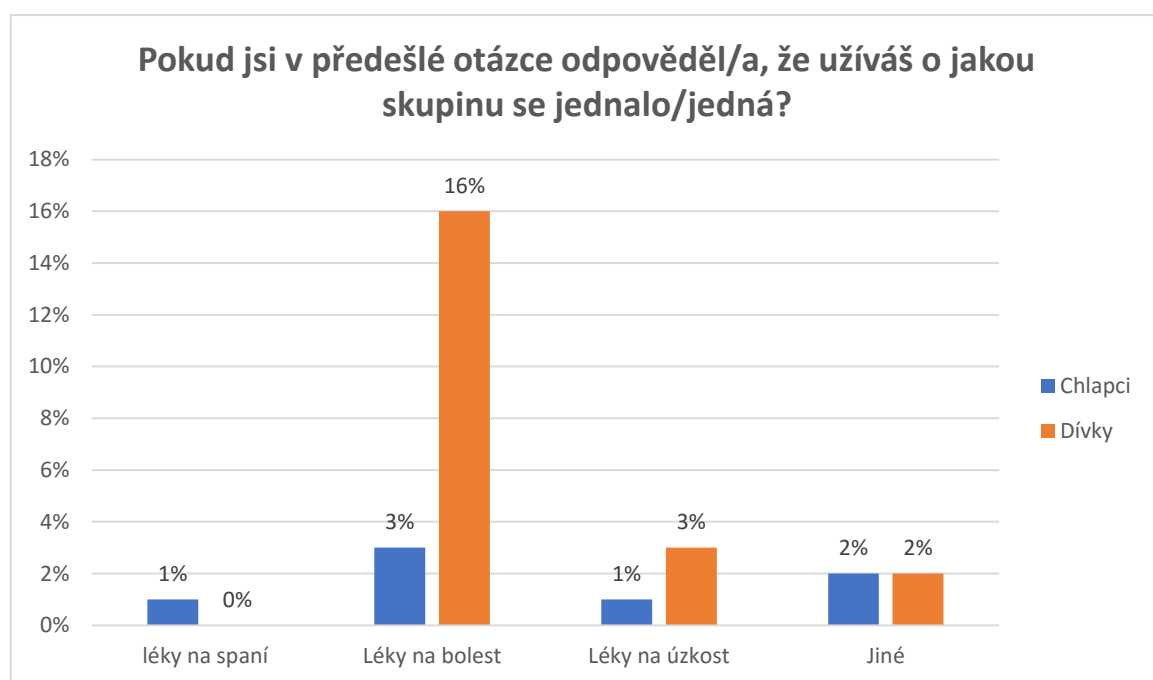
Otázka č. 21

Pokud jsi v předešlé otázce odpověděl/a, že užíváš o jakou skupinu se jednalo/jedná?

Tabulka č. 25

	Chlapci počet	Dívky počet
Léky na spaní	2	0
Léky na bolest	5	23
Léky na úzkost	2	4
Jiné	3	3

Graf č. 24



Dotaz navazoval na otázku č. 20, studenti měli možnost výběru ze 4 možností. 16% dívek a 3% chlapců označili svou odpověď „léky na bolest“. Tento rozdíl si vysvětlují tím, že dívky častěji sahají po léku na bolest při ženských problémech. 3% dívek a 1% chlapců označila „léky na úzkost“, chlapci ještě označili odpověď „léky na spaní“ a to v 1%. Studenti ještě měli variantu odpovědi „jiné“, tu využili shodně chlapci i dívky (2%), u této odpovědi v dotazníku uvedli různé doplňky stravy.

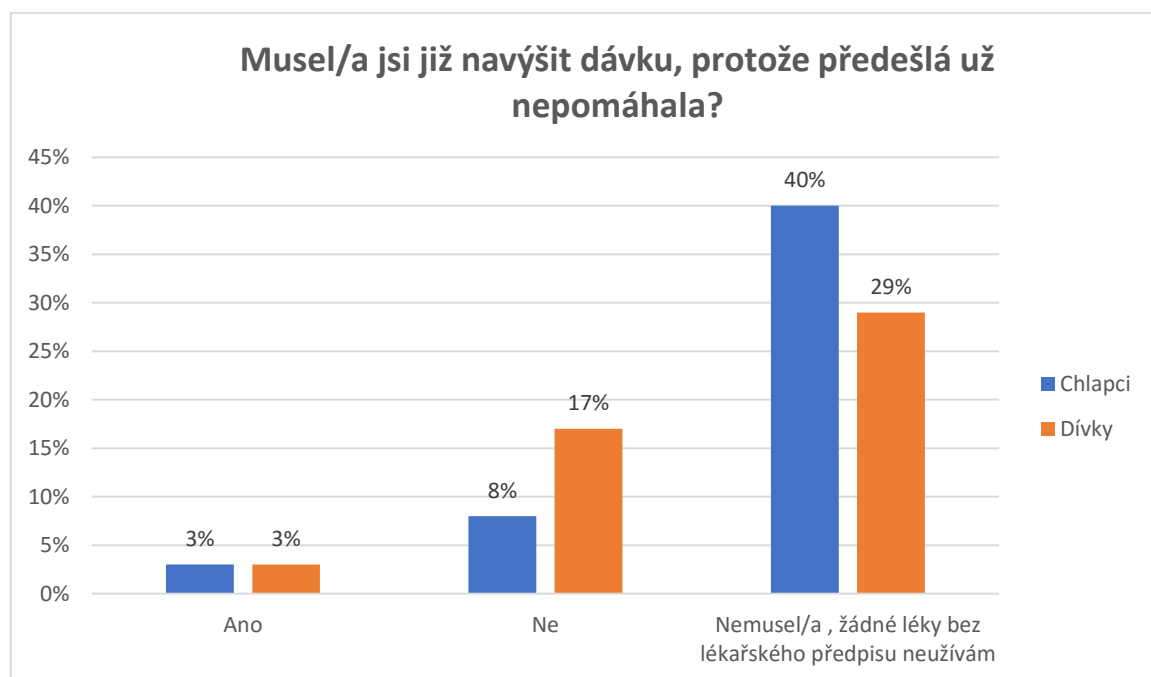
Otázka č. 22

Musel/a jsi již navýšit dávku, protože předešlá už nepomáhala?

Tabulka č. 26

	Chlapci počet	Dívky počet
Ano	5	5
Ne	11	25
Nemusel/a , žádné léky bez lékařského předpisu neužívám	58	41

Graf č. 25



Dotaz částečně navazoval na otázku č. 21. Studenti shodně (3%) odpověděli „ano“. 8% chlapců a 17% dívek odpovědělo „ne“.

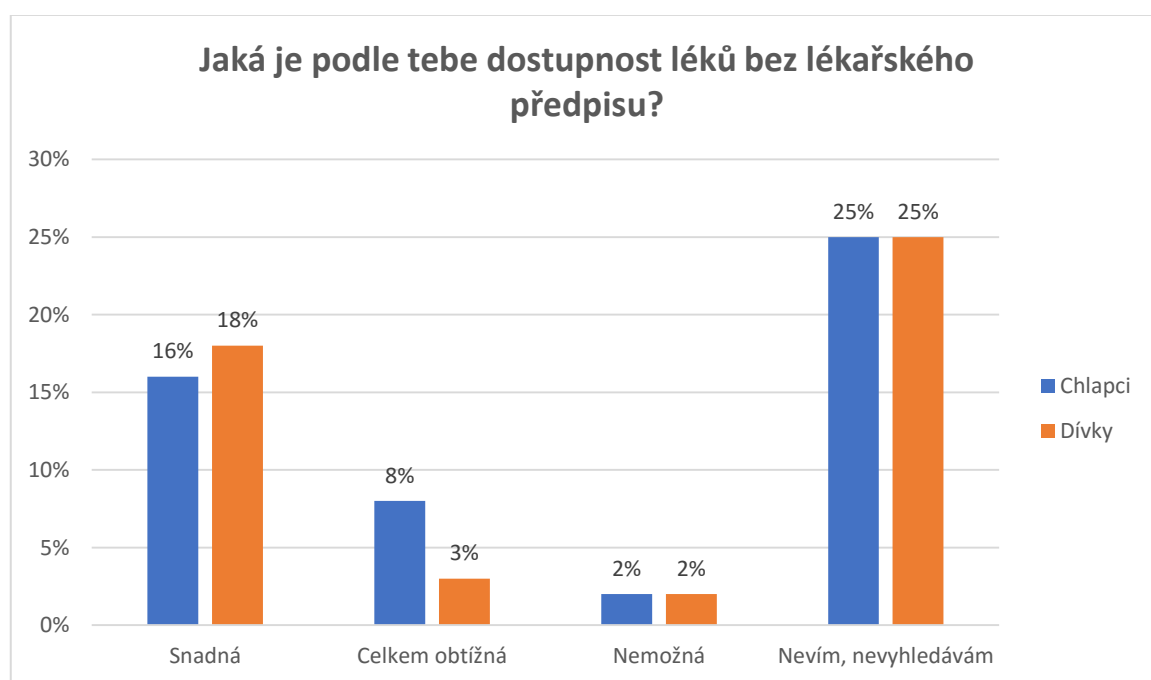
Otázka č. 23

Jaká je podle tebe dostupnost léků bez lékařského předpisu?

Tabulka č. 27

	Chlapci počet	Dívky počet
Snadná	23	27
Celkem obtížná	12	4
Nemožná	3	3
Nevím, nevyhledávám	36	37

Graf č. 26



Z odpovědí studentů jednoznačně vyplývá, že shodně 25% chlapců i dívek léky bez lékařského předpisu nevyhledávají. 16% chlapců a 18% dívek si myslí, že je dostupnost snadná. Za obtížně dostupné označili chlapci 8% a dívky 3%. Nemožné sehnat léky bez lékařského předpisu je pro 2% chlapců i dívek.

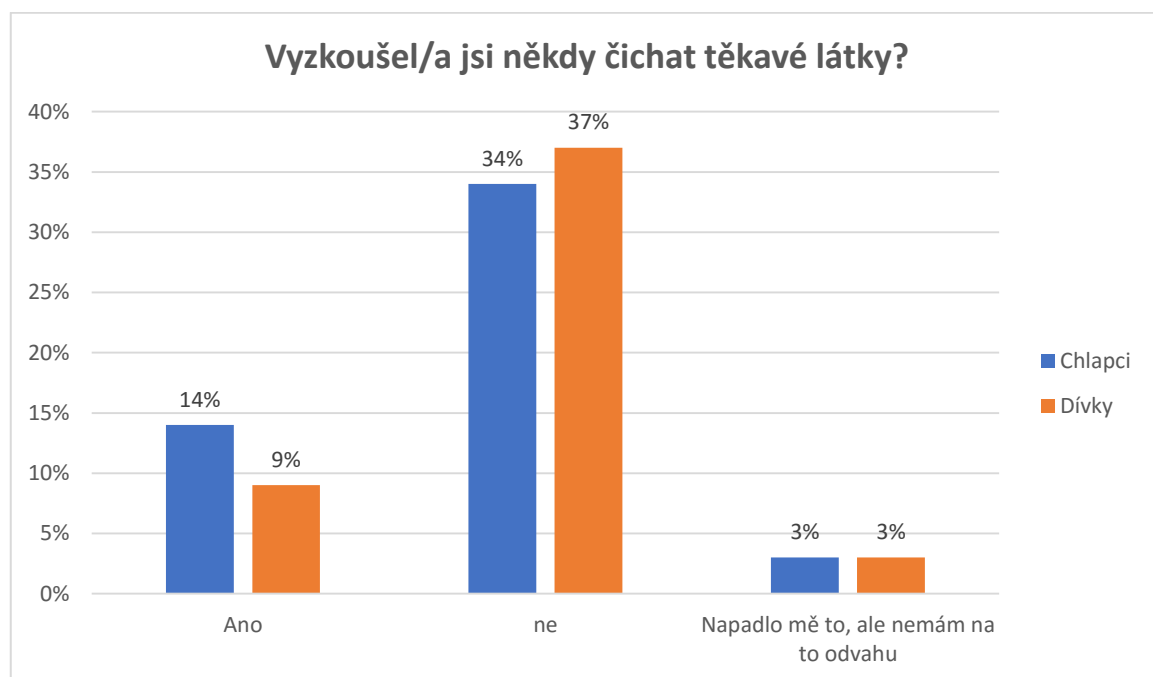
Otázka č. 24

Vyzkoušel/a jsi někdy čichat těkavé látky?

Tabulka č. 28

	Chlapci počet	Dívky počet
Ano	20	13
Ne	49	53
Napadlo mě to, ale nemám na to odvahu	5	5

Graf č. 27



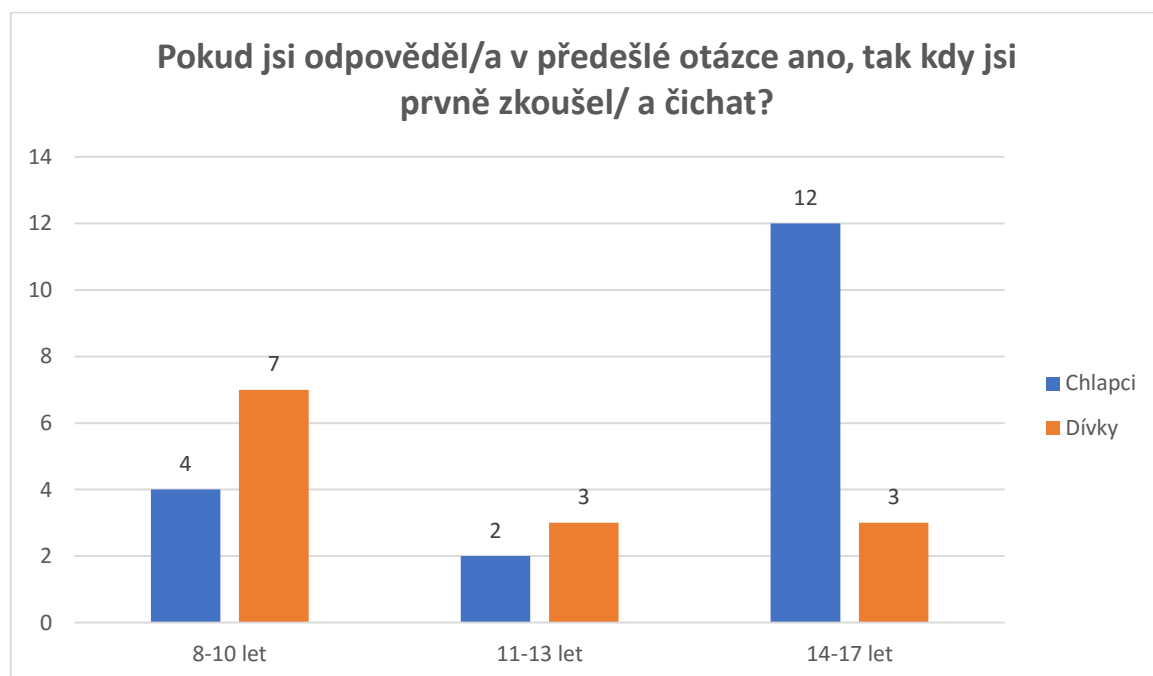
Z uvedených údajů v grafu č. 27 je patrné, že čichat těkavé látky nevyzkoušelo 34% chlapců a 37% dívek. Co mě však překvapilo je, že 14% chlapců a 9% dívek vyzkoušelo čichat těkavé látky a 3% shodně chlapci i dívky o tom uvažovala. Toto jen potvrzuje moji domněnku, že veřejnost i nejbližší okolí zneužívání těkavých látek často podceňuje.

Otázka č. 25

Pokud jsi odpověděl/a v předešlé otázce ano, tak kdy jsi prvně zkoušel/ a čichat?

Dotaz navazoval na otázku č. 24, studenti měli uvést věk první zkušenosti s čicháním. Z odpovědí vyplývá, že v nejnižším věku 8-10 let měli první zkušenost s čicháním 4 chlapci a 7 dívek. V rozmezí mezi 11-13 lety vyzkoušeli čichat 2 chlapci a 3 dívky. Ve věku 14-17 let má za sebou první zkušenost s čicháním 12 chlapců a 3 dívky. Celkový počet z dotazovaných studentů, kteří vyzkoušeli čichat těkavé látky, je 30, což činí 21%. Tento výsledek je dle mého názoru velmi alarmující.

Graf č. 28



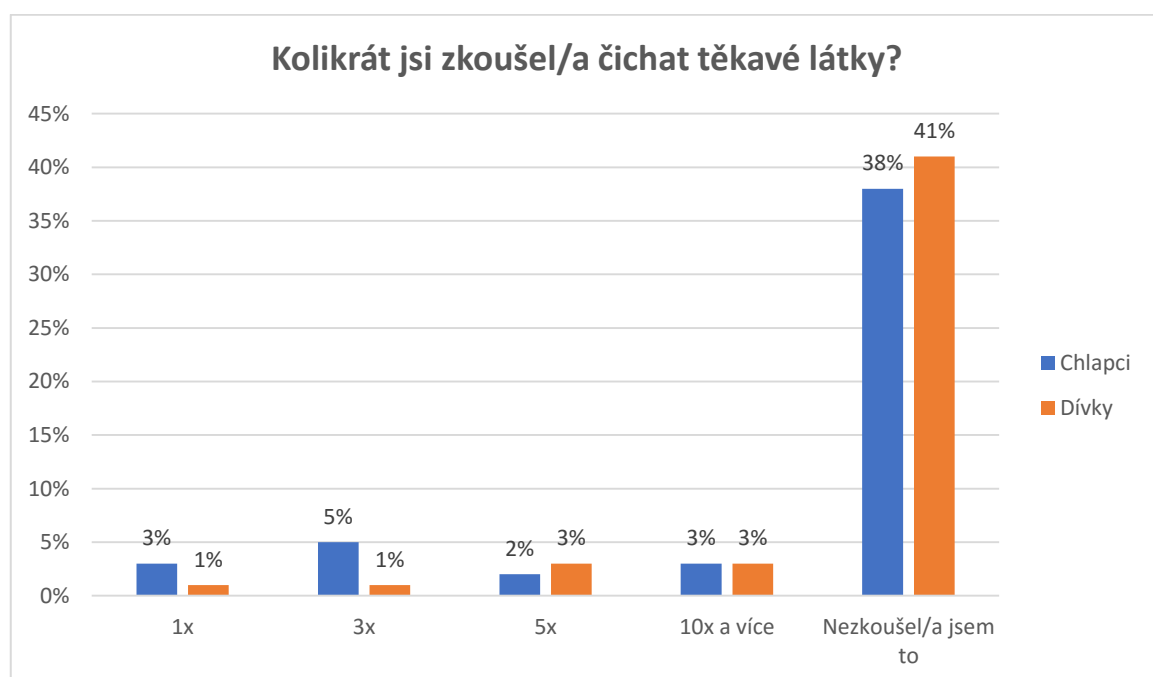
Otázka č. 26

Kolikrát jsi zkoušel/a čichat těkavé látky?

Tabulka č. 29

	Chlapci počet	Dívky počet
1x	5	2
3x	7	2
5x	3	4
10x a více	5	5
Nezkoušel/a jsem to	54	58

Graf č. 29



Dotaz částečně navazoval na otázku č. 25. 1x zkoušelo čichat těkavé látky 3% chlapců a 1% dívek. 3x vyzkoušelo čichat 5% chlapců a 1% dívek. U odpovědi 5x převažují dívky (3%) nad chlapci (2%). U možnosti odpovědi 10x a více se shodli 3% chlapci i dívky.

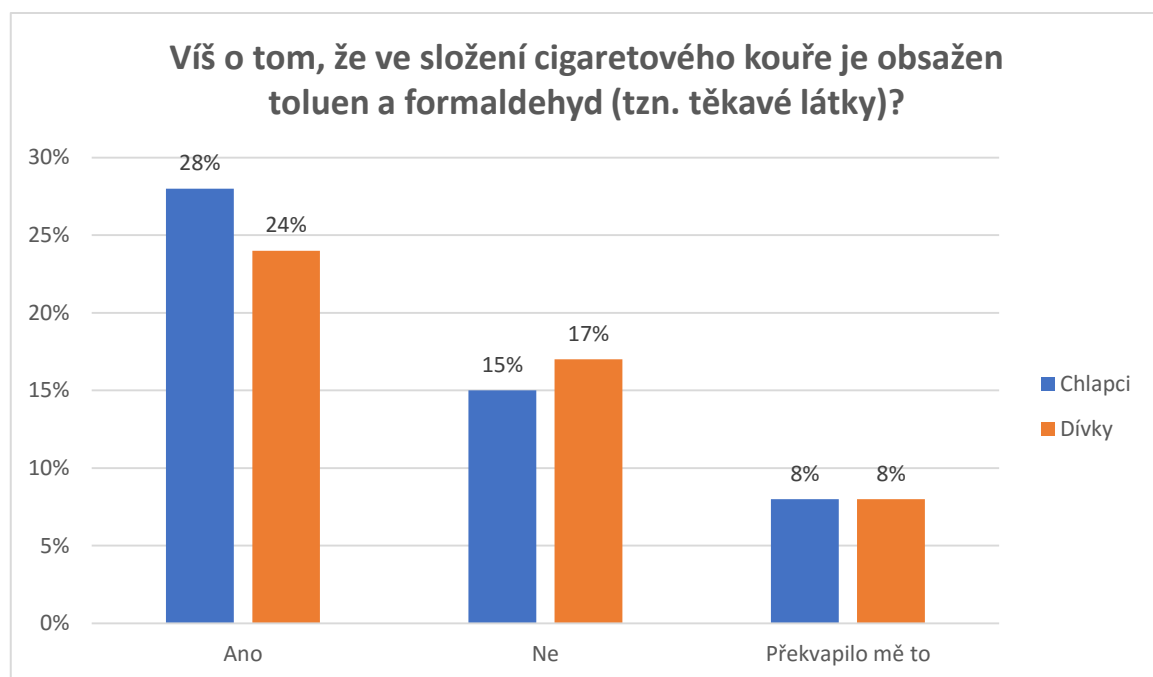
Otázka č. 27

Víš o tom, že ve složení cigaretového kouře je obsažen tolueen a formaldehyd (tzn. těkavé látky)?

Tabulka č. 30

	Chlapci počet	Dívky počet
Ano	41	35
Ne	21	25
Překvapilo mě to	12	11

Graf č. 30



Z uvedených odpovědí je patrné, že 52% studentů zná škodlivé složení cigaretového kouře, ale i přesto je to od kouření neodradí. 32% studentů nezná složení cigaretového kouře, 16% studentů bylo z této informace překvapeno. Je tedy možné, že kdyby byli lépe informováni o složení cigaretového kouře, tak by % studentů kuřáků nebylo tak vysoké.

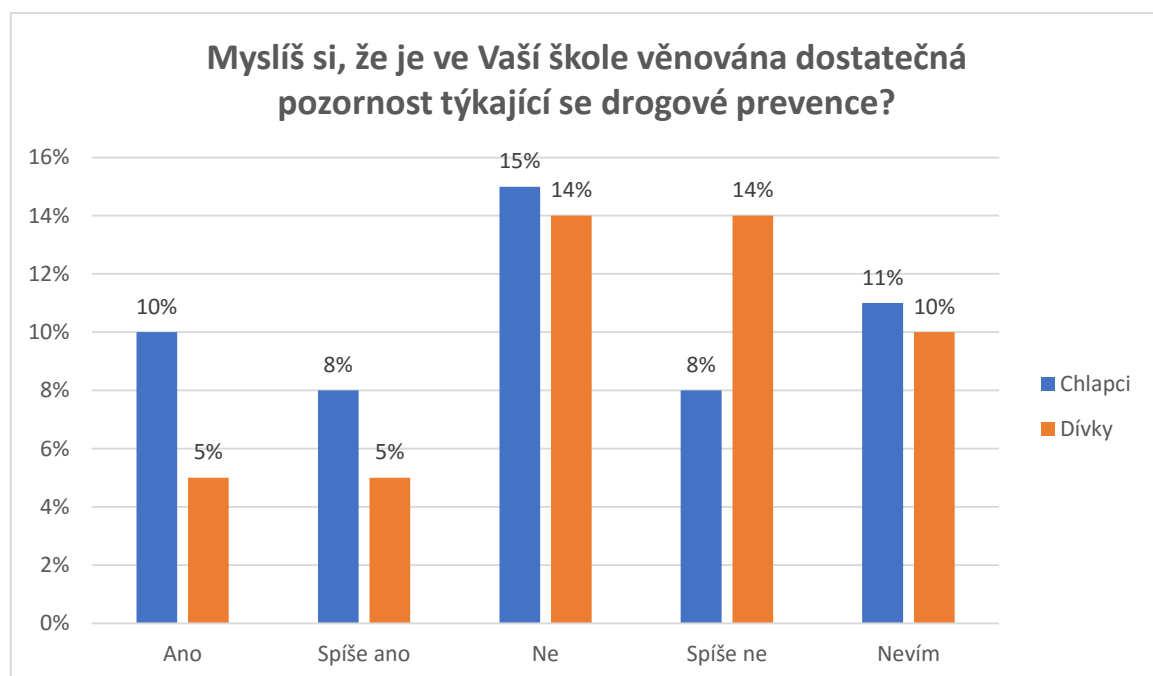
Otázka č. 28

Myslíš si, že je ve Vaší škole věnována dostatečná pozornost týkající se drogové prevence?

Tabulka č. 31

	Chlapci počet	Dívky počet
Ano	14	7
Spíše ano	11	8
Ne	22	20
Spíše ne	11	21
Nevím	16	15

Graf č. 31



V této otázce mě zajímal názor studentů, zda si myslí, že je v jejich školách věnována dostatečná pozornost týkající se drogové prevence. 29% studentů si myslí, že není věnována dostatečná pozornost drogové prevenci. 22% studentů se domnívá, že spíše není drogové prevenci věnována dostatečná pozornost. 21% studentů zvolilo neutrální odpověď. Pouhých 15% studentů si myslí, že je drogové prevenci na jejich školách věnována dostatečná pozornost. Odpověď spíše ano uvedlo 13% studentů. Z výsledků tohoto grafu podle studentů vyplývá, že drogové prevenci se školy příliš nevěnují.

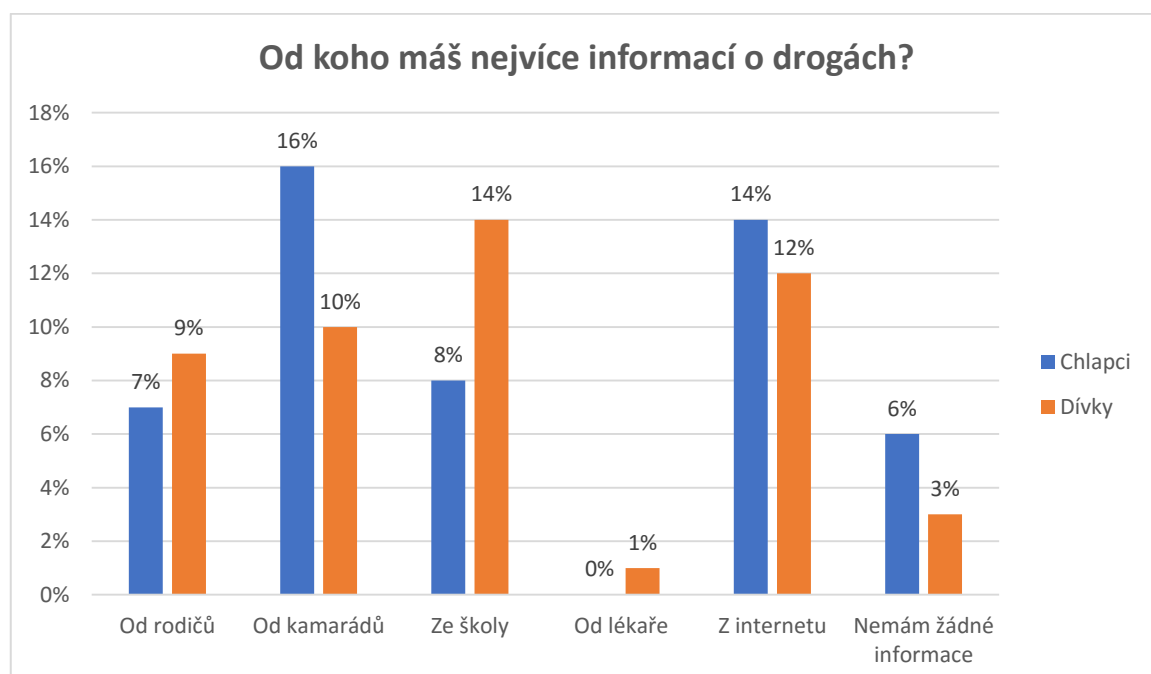
Otázka č. 29

Od koho máš nejvíce informací o drogách?

Tabulka č. 32

	Chlapci počet	Dívky počet
Od rodičů	10	13
Od kamarádů	23	15
Ze školy	12	20
Od lékaře	0	1
Z internetu	21	18
Nemám žádné informace	8	4

Graf č. 32



Chlapci (16%) mají nejvíce informací o drogách od kamarádů, u dívek je to jen 10%. Dívky (14%) mají nejvíce informací ze školy, chlapci jen 8%. Druhým nejvyšším zdrojem informací pro chlapce (14%) a dívky (12%) je internet. Dívky (9%) a chlapci (7%) dále uvádějí jako zdroj informací rodiče. Žádné informace o drogách nemá 6% chlapců a 3% dívek. Z těchto výsledků je patrné, že 91% studentů má informace o drogách.

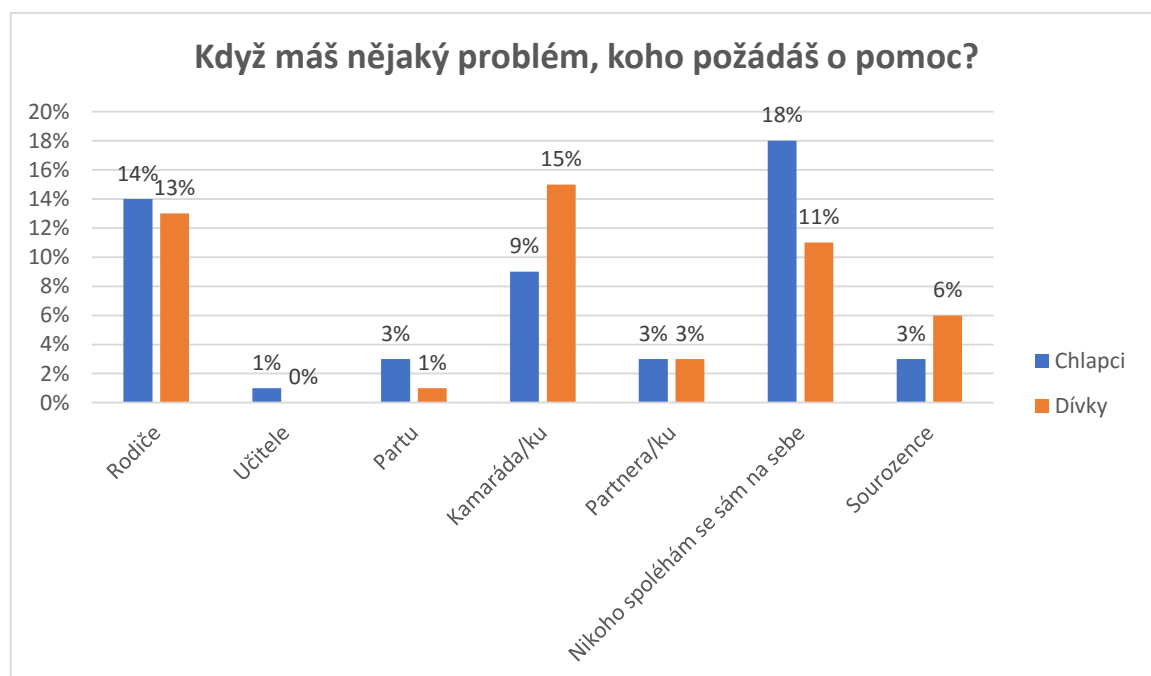
Otázka č. 30

Když máš nějaký problém, koho požádáš o pomoc?

Tabulka č. 33

	Chlapci počet	Dívky počet
Rodiče	21	19
Učitele	1	0
Partu	5	2
Kamaráda/ku	13	22
Partnera/ku	5	4
Nikoho spoléhám se sám na sebe	25	16
Sourozence	4	8

Graf č. 33



Na otázku č. 30 chlapci v 18% nepožádají nikoho o pomoc, raději se spoléhají sami na sebe. Chlapci dále o pomoc osloví rodiče v 14%, kamaráda/ku v 9%, shodně 3% partnera/ku a sourozence a pouze 1% chlapců požádá o pomoc lékaře.

Dívky nejčastěji požádají o pomoc kamarádku (15%) a rodiče (14%). 11% dívek nepožádá nikoho o pomoc, raději se spolehnou sami na sebe. Sourozence osloví o pomoc 6% dívek, partnera/ku 3% a 1% požádá o pomoc partu. Učitele dívky o pomoc nepožádají vůbec.

11 Rozhovory s metodiky primární prevence

V rámci mého empirického šetření jsem uskutečnila 3 rozhovory s metodiky primární prevence na zúčastněných školách. Znění otázek bylo u všech rozhovorů stejné. Rozhovory mají posloužit k doplnění informací k vybranému tématu bakalářské práce, přinést názory a zkušenosti z pohledu profesionálů. Metodici prevence dali souhlas k tomu, abych rozhovory zveřejnila ve své bakalářské práci.

Škola: SOU stavební, Plzeň

Metodik primární prevence: Mgr. Václav Toucha

Datum: 01. 02. 2018

Jak probíhá primární prevence na Vašem učilišti?

Na našem učilišti máme zaveden preventivní program, který má dvě složky: obecnou a speciální. Obecnou prevenci si zajišťujeme sami, jako je např. dozor na chodbách, včasné příchody do hodiny nebo kontrola toalet, zda tam chlapci nekouří apod. Dále je to metodika, jak postupovat: v případě záškoláctví, při nálezů drog nebo nevhodném chování a jiné, se kterou jsou všichni pedagogičtí pracovníci seznámeni. Ve většině případů primární prevence rizikového chování probíhá v hodinách českého jazyka, občanské nauky nebo v třídnických hodinách. Pak tu máme tu speciální složku, která se každoročně věnuje určitému tématu, letos je to inkluze, v loňském roce to bylo kouření. Navazujeme spolupráci s vnějšími institucemi, jako je Pedagogicko-psychologická poradna v Plzni, Sociálně pedagogické centrum a neziskové organizace, které nás školí a vedou. Také nárazově dochází na učiliště a pořádají besedy nebo přednášky s chlapci.

Když si s chlapci povídáte, ať už vy nebo externí pracovník, o rizikových projevech v chování žáků, zajímá je to?

Ano, ze začátku jsem z toho měl strach, ale když výklad probíhá srozumitelně, nenáročně, popřípadě s nějakými pomůckami nebo hraním příběhu, tak je to zaujme. Zapojují se do diskuze a sdělují své zážitky či zkušenosti.

Zapojují se do primární prevence na Vašem učilišti i rodiče žáků?

Spolupráce s rodiči je velmi omezená. V podstatě rodiče vidíme jen na začátku prvního ročníků, kdy své chlapce přivedou, a pak až ve třetím ročníku, kdy chlapci přebírají výuční listy. Asi jako všude

jsou rodiče, se kterými je skvělá spolupráce, ale spíše čekají na prvotní impuls od nás, když se něco děje. Naopak jsou rodiče, co nemají vůbec zájem.

Jaké rizikové chování u žáků na Vašem učilišti řešíte nejčastěji?

Záškoláctví a s tím spojené neomluvené hodiny.

Jaká je Vaše zkušenost s legálně dostupnými drogami na Vaší škole?

Největší zkušenost máme samozřejmě s kouřením, ale pokud je nechyt-neme s cigaretou v ruce nebo se nepřiznají sami, tak je to téměř neřešitelné, je to tvrzení proti tvrzení. Alkohol řešíme spíše v na-šem domově mládeže, ve škole ani na praxi si to nedovolí. V domově mládeže jim nabízíme preventivní aktivity (kulečnick, fotbal), aby nenavštěvovali hospody. Pokud přijdou pod vlivem alkoholu, hrozí jim podmíněné vyloučení. V extrémních případech informujeme poli-cii, lékaře, orgán sociálně právní ochrany dětí a zákonného zá-stupce. Na téma těkavé látky jsem s chlapci několikrát hovořil, protože s nimi pracují a mají k nim přístup (malíři, lakýrníci, truhláři). Ale za mou 15ti letou praxi jsem se nesetkal, že by některý z chlapců tyto látky zneužíval, řekl bych, že se jich štítí.

Myslíte si, že Vám studenti důvěřují?

Ano, myslím, si že se mi to daří. Docela dokáží rozlišit pozici kantora a metodika. Máme také na našem učilišti schránku důvěry, ale ta je většinou prázdná, spíše přijdou za mnou. Samozřejmě se stává, že chlapci mi nic neřeknou a rovnou přijdou rodiče.

Vaši studenti měli v dotazníku otázku, jaká je pro ně dostupnost alkoholu, cigaret a léků bez lékařského předpisu. Jak myslíte, že odpověděli?

Nemám tušení, ale myslím si, že je pro ně velmi dostupný. Protože alkohol je potravinu a dokud se bude prodávat v potravinách, tak společnost nemůže od toho nic chtít. To samé je i s cigaretami. Obchodníci to mají těžké. Jestliže je jediná bariéra věk, tak v dnešní době jej na dětech nepoznáte. Dále využívají zletilého kamaráda.

Mimo jiné měli studenti v dotazníku také otázku, zda si myslí, že je na jejich škole věnována dostatečná pozornost týkající se drogové prevenci. V 44% odpověděli ne či spíše ne, 24% neví a 32% odpovědělo ano, či spíše ano. Je tato informace pro vás přínosná?

Alarmující je to, že „neví“, myslím, že je to způsobené tím, že vlastně neví, co si pod tím pojmem „drogová prevence“ mají představit. Domnívám se, že pod tímto pojmem si představují, že sem vtrhne policejní pes a něco najde. Každopádně děkuji za informaci, беру to jako poznatek pro moji další práci s chlapci.

Jaký je cíl metodika primární prevence?

Můj cíl je v tom smyslu, že pokud k nám nastoupí do prvního ročníku 50 kuřáků, tak aby na konci třetího ročníku odcházelo přibližně stejné množství kuřáků. Ti chlapci, co k nám přišli jako nekuřáci, aby od nás odcházeli jako nekuřáci a abychom na našem učilišti udrželi alespoň nějaké primární bezpečí v tom smyslu, že si nebudou ošklivě ubližovat.

Děkuji za rozhovor

Škola: Gymnázium, Plzeň

Metodik primární prevence: Mgr. Kristýna Turková

Datum: 05. 02 .2018

Jak probíhá primární prevence na Vašem gymnáziu?

Na našem gymnáziu máme obecnou prevenci, kterou si zajišťujeme sami počínaje dozory na chodbách a konče hlídáním skrytých míst v budově školy (prostory pod schody, schodiště na půdu apod.). Na mě je vedení a řízení pedagogů v oblasti prevence rizikového chování. Ti si pak se svými studenty v rámci třídnických hodin určují pravidla a pořádek. Pak tu máme specifickou primární prevenci, se kterou nám hlavně pomáhá plzeňské P-centrum. Pracovníci P-centra k nám pravidelně dochází hlavně na nižší stupeň gymnázia. Pro vyšší stupeň je také využíváme, ale ne tak často, převážně jsou to besedy s ex-userem, což je bývalý uživatel návykových látek, který je ochoten se podělit o své životní zkušenosti nebo hraní příběhu. Hlavně pro studenty vyššího stupně pořádám přednášky převážně já, nebo jak jsem již uvedla v začátku našeho rozhovoru, také třídní učitelé. Pokud se na našem gymnáziu objeví problém spadající do rizikového chování, tak jej řešíme právě s P-centrem.

Když si se studenty povídáte, at' už vy nebo externí pracovníci o rizikových projevech v chování žáků, zajímá je to?

Ano, právě pro ten vyšší stupeň volíme tyhle typy besed s ex-userem nebo hraní příběhu, které se pořádají vždy v jedné třídě, kde je okolo 20 studentů.

Zapojují se do primární prevence na Vašem gymnáziu i rodiče žáků?

Nezapojují, jen v případě nějakého problému.

Jaké rizikové chování u žáků na Vašem gymnáziu řešíte nejčastěji?

Roli metodika primární prevence jsem přijala teprve v září 2017. Zatím řeším 2 případy šikany.

Jaká je Vaše zkušenost s legálně dostupnými drogami na Vaší škole?

Za mou krátkou praxi metodika a ani dříve pedagoga jsem se nesetkala, že bych musela řešit na našem gymnáziu případ studenta(ky) pod vlivem nějaké návykové látky.

Myslíte si, že Vám studenti důvěřují?

To nemohu zatím posoudit. Na našem gymnáziu máme k dispozici schránku důvěry a e-mail, ale zatím žádná zpráva nepřišla. V případě šikan to byli rodiče, kteří mě kontaktovali.

Vaši studenti měli v dotazníku otázku, jaká je pro ně dostupnost alkoholu, cigaret a léků bez lékařského předpisu. Jak myslíte, že odpověděli?

Určitě jednoduchá. Zrovna nedávno v rámci prevence jsem měla přednášku na téma alkohol a kouření u prvních ročníků. Nebyl snad nikdo, kdo by řekl, že má problém sehnat alkohol, ať už v obchodě nebo na zábavě. Také dost často využívají plnoletých kamarádů.

Mimo jiné měli studenti v dotazníku také otázku, zda si myslí, že je na jejich škole věnována dostatečná pozornost týkající se drogové prevence. V 62% odpověděli ne či spíše ne, 11% neví a 28% odpovědělo ano, či spíše ano. Je tato informace pro vás přínosná?

Děkuji za informaci, беру to jako přínos pro mou práci. Domnívám se, že toto vysoké procento je způsobené tím, že mé přednášky nebo přednášky třídních učitelů neberou studenti jako „drogovou prevenci“, ale že si spíše pod tímto pojmem představují něco jiného.

Jaký je cíl metodika primární prevence?

Odrazovat studenty od užívání jakýkoliv návykových látek, ale také od jiných typů rizikového chování.

Děkuji za rozhovor

Škola: Hotelová škola, Plzeň

Metodik primární prevence: Mgr. Helena Červená

Datum: 12. 02. 2018

Jak probíhá primární prevence na Vašem učilišti?

Na našem učilišti si primární prevenci snažíme zajišťovat sami. Sjednáváme si s externími pracovníky různé přednášky, besedy, exkurze nebo hrané příběhy. Začátkem měsíce března máme domluvené představení Memento od Radka Johna. Důvodem je, že tento půlrok se věnujeme legálním a nelegálním drogám. I já se snažím pro studentky připravovat přednášky. Docházím do jednotlivých tříd a povídáme si se studentkami na dané téma. Dále seznamuji své kolegy s různými typy rizikového chování ve smyslu, jak je rozpoznat, co v takových situacích dělat, jak případné potíže řešit. Na našem učilišti se snažíme co nejvíce problémů řešit sami, ale někdy to bohužel nejde, a to využíváme služeb Pedagogicko-psychologické poradny Plzeň a ještě jedné externí organizace, které nás vedou jak případné problémy řešit.

Když si se studenty povídáte, ať už vy nebo externí pracovníci, o rizikových projevech v chování žáků, zajímá je to?

Myslím, že ano, odezva od studentek je většinou pozitivní. Právě, že se snažíme volit zajímavé programy, kterých se zúčastňuje jen několik tříd, které se prostrídávají, než někdy nudné besedy pro všechny třídy hromadně v tělocvičně.

Zapojují se do primární prevence na Vašem gymnáziu i rodiče žáků?

Nezapojují.

Jaké rizikové chování u žáků na Vašem gymnáziu řešíte nejčastěji?

Záškoláctví.

Jaká je Vaše zkušenost s legálně dostupnými drogami na Vaší škole?

Ještě se mi nestalo, že bychom na naší škole museli řešit studentky, které by byly opilé nebo pod jinými návykovými látkami. To oni právě raději nepřijdou do školy. Co ale občas řešíme, je kouření na WC, ale bohužel pokud nepřistihnu konkrétní studentku, tak mám smůlu, protože samy se nepřiznají a je to tvrzení proti tvrzení.

Myslíte si, že Vám studenti důvěřují?

Myslím, že ano. Máme také na našem učilišti schránku důvěry, ale ta je většinou prázdná, spíše přijdou za mnou, někdy jsou to i maličkovosti, ale zase si děvčata uvědomují, že jsou problémy, které

umíme vyřešit sami a zůstane to mezi námi. Pak jsou tu větší problémy, které musím hlásit na příslušné instituce. Samozřejmě se stává, že děvčata mi nic neřeknou a přijdou sami rodiče.

Vaši studenti měli v dotazníku otázku, jaká je pro ně dostupnost alkoholu, cigaret a léků bez lékařského předpisu. Jak myslíte, že odpověděli?

Určitě snadná a vůbec se tím netají. Je jedno, jestli jsou to hypermarkety, večerky nebo hospody či nějaké diskotéky, nikdo se jich na věk neptá. Jen velmi zřídka se pochlubí, že se jich na věk někdo ptal.

Mimo jiné měli studenti v dotazníku také otázku, zda si myslí, že je na jejich škole věnována dostatečná pozornost týkající se drogové prevence. V 47% odpověděli ne či spíše ne, 29% neví a 23% odpovědělo ano, či spíše ano. Je tato informace pro vás přínosná?

To mě zaskočilo, děkuji za informaci. Domnívám se, že toto vysoké procento je způsobené tím, že mé přednášky, povídání nebo přednášky, besedy, exkurze nebo hrané příběhy od externích pracovníků neberou studentky jako „drogovou prevenci“, ale že to spíše berou jako zpestření nebo „ulejvání“ z vyučování. Viděla bych, že si pod tímto pojmem představují něco jiného a ne drogovou prevenci jako takovou. Toto zjištění je pro mě podnětem k zpřesnění mé práce se studenty.

Jaký je cíl metodika primární prevence?

Nemuset řešit žádné typy rizikového chování. Zatím rady od externích institucí využíváme velmi zřídka, to znamená, že si s problémy umíme poradit, a tak, aby to zůstalo i do budoucna.

Děkuji za rozhovor

Závěr

Cílem mé bakalářské práce bylo podání ucelených informací o problematice nejznámějších legálně dostupných drog a jejich možném vlivu na zdraví středoškolské mládeže. Zjistit, jaké jsou postoje a zkušenosti studentů středních škol na legálně dostupné drogy, zda užívání alkoholu a tabáku je rozdílné z pohledu dívek a chlapců. Jestli alkohol, cigarety a léky považují studenti za snadno či obtížně dostupné. Potřebné údaje pro empirické šetření byly získány nestandardizovaným anonymním dotazníkem vlastní konstrukce. Tento dotazník byl předložen studentům na středních odborných školách a gymnáziu mezi studenty prvního až třetího ročníku ve věku od 15 do 17 let. Před samotným empirickým šetřením jsem si stanovila tři hypotézy, na které jsem hledala odpovědi.

Hypotéza č. 1: Užívání alkoholu je častější u chlapců nežli u dívek. Po vyhodnocení dotazníkového šetření bylo prokázáno, že chlapci užívají alkohol častěji nežli dívky. Odpovědi na otázku č. 2 potvrzují stanovenou hypotézu, kde 43% chlapců a 34% dívek uvedlo, že konzumovali alkohol v posledních 30ti dnech. Stanovenou hypotézu také potvrzují odpovědi na otázku č. 3, kde se k opilosti za posledních 30 dnů přiznává 26% chlapců a 13% dívek. Z odpovědí na otázku č. 1 jsme zjistili, že dotazovaní chlapci mají častěji zkušenost s prvním ochutnáním alkoholu již před dovršením 12ti let nežli dívky. Jednalo se o 27% chlapců a 14% dívek.

U této skutečnosti stojí za zmínku, že převážnou část studentů ke konzumaci alkoholu vede nejčastěji parta, kdy důvodem může být uznání od vrstevníků a komunikace s nimi. Téměř všichni dotazovaní jsou si vědomi zdravotních následků spojených s užíváním alkoholu. Drtivá většina studentů se domnívá, že dokáže rozpoznat pomyslnou hranici mezi příležitostným pitím a závislostí.

Na základě odpovědí na otázky č. 1, 2, 3, 7, 8, 9, z dotazníkového šetření lze konstatovat, že **hypotéza č. 1 se potvrdila.**

Hypotéza č. 2: Chlapci v dotazované skupině kouří častěji nežli dívky. Podle výsledků vlastního empirického šetření můžeme potvrdit, že chlapci kouří častěji nežli dívky. Stanovenou hypotézu potvrzují odpovědi na otázku č. 12, kde se ke kouření cigaret za posledních 30 dnů přiznává 25% chlapců a 15% dívek. Také odpovědi na otázku č. 10 potvrzují stanovenou hypotézu, protože první zkušenosti s cigaretou do ukončeného 15tého roku života uvádí 34% chlapců a 26% dívek.

U tohoto zjištění stojí za zmínku, že převážná část dotazovaných studentů si je vědoma zdravotních následků spojených s kouřením. I

přes tyto poznatky většina respondentů kouří, protože jim to chutná. Většina studentů se domnívá, že dokáže rozpoznat hranici mezi příležitostným kouřením a závislostí.

Na základě odpovědí na otázky č. 10, 11, 12, 13, 14 z dotazníkového šetření lze konstatovat, že **hypotéza č. 2 se potvrdila**.

Hypotéza č. 3: Studenti považují cigarety, léky i alkohol za snadno dostupné. Podle výsledků šetření můžeme konstatovat, že tuto hypotézu potvrdila drtivá většina dotazovaných. Odpovědi na otázku č. 4 potvrzují stanovenou hypotézu, protože 67% studentů uvedlo, že dostupnost alkoholu je pro ně snadná. V případě cigaret to není naopak. Stanovenou hypotézu potvrzují odpovědi na otázku č. 16, kde studenti uvádí 64% snadnou dostupnost. V případě dostupnosti léků potvrzují hypotézu odpovědi z otázky č. 23, kde dotazovaní uvádí snadnou dostupnost v 34%.

U této skutečnosti stojí za zmínku, že většina dotazovaných studentů sinejčastěji obstarává alkohol a cigarety v obchodě.

Na základě odpovědí na otázky č. 4, 5, 15, 16, 23, z dotazníkového šetření lze konstatovat, že **hypotéza č. 3 se potvrdila**.

Ve své práci jsem nezkoumala rozdíly ve vnímání legálně dostupných drog z pohledu druhu školy (střední odborné školy, gymnázium), kterou studenti navštěvují. V rozsahu, který odpovídá této práci, jsem hodnotila pouze problematiku z pohledu dívek a chlapců. Překvapilo mě zjištění, že studenti hodnotí drogovou prevenci ze strany svých škol za nedostatečnou či spíše nedostatečnou, a to v 51%. Jen 21% studentů zvolilo neutrální odpověď. Na základě tohoto zjištění byla informace konzultována s metodiky primární prevence na výše uvedených středních školách. Dle rozhovorů uvedených v kapitole 11 byli metodici primární prevence touto informací překvapeni. Tuto nedostatečnost si vysvětlovali tím, že studenti pod pojmem „drogová prevence“ představují něco jiného. Rozhovory, přednášky či besedy o návykových látkách berou spíše jako zpestření, ale ne jako „drogovou prevenci“ ze strany školy. Dále z empirického šetření je patrné, že nejvíce informací o drogách studenti získávají od kamarádů a z internetu. Jako druhý zdroj informací uvádí školu a následně rodiče. Překvapilo mě zjištění, že v případě nějakého problému se studenti spíše spoléhají sami na sebe. Naopak příjemným zjištěním bylo, že v případě potíží prioritně požádají o pomoc rodiče.

Nesmíme však zapomínat, že role pedagogů je nesporná a nezastupitelná, ale nemohou být jedinými nositeli prevence. Mezi neopomíjenou součástí prevence je rodina a sociální prostředí. Za důležitý rozvoj

prevence považují komunikaci a vzájemné pochopení mezi školou, rodinou a mládeží. Mládež potřebuje vnímat uznání a ocenění jejich kvalit. Zásadní je umění naslouchat jejich problémům, se kterými se v průběhu dospívání potýkají. Výše uvedené školy proto využívají i externí pracovníky zabývající se primární prevencí a tím zvyšují šance studentů, že se setkají s někým, kdo je osloví a komu budou věřit.

Konzumace legálně dostupných drog je běžná věc a nikdo se nad ní příliš nepozastavuje. Tolerance společnosti je v této oblasti vysoká a drogy zmíněné v bakalářské práci jsou nejen zákonem povoleny, ale nabízeny ke konzumaci téměř na každém kroku. Je pravdou, že prodej a konzumace alkoholických nápojů, tabákových výrobků a elektronických cigaret je v České republice osobám do 18 let zakázán. Z empirického šetření jsem zjistila, a názory metodiků primární prevence to potvrzují, že pro studenty je dostupnost těchto drog velmi snadná. Domnívám se, že tohle je začarovaný kruh, na který jsou i naše zákony krátké. Možným řešením je přimět zákonodárce k přijetí opatření ke snížení dostupnosti alkoholu a tabákových výrobků pro nezletilé, které by zahrnovalo například: zvýšení cen, omezení reklamy, prodej pouze ve specializovaných prodejnách.

Za nepříjemné zjištění pro mne bylo zneužívání léků a těkavých látek u dotazovaných. Dle výsledků empirického šetření vyzkoušelo čichat těkavé látky 1/3 dotazovaných. Z celkového počtu dotazovaných uvedla 1/3, že užívá nebo užívala léky bez lékařského předpisu, a to nejčastěji léky na bolest. U těchto dvou typů drog si dovolím tvrdit, že jsou u nás v České republice podceňovány a není jim věnována dostatečná pozornost jako ostatním drogám. Jako možným řešením by mohl být celostátní zákaz volně prodejných léků a těkavých látek osobám mladším 18 let.

Časté užívání nápojů s obsahem kofeinu jsem v dotazované skupině předpokládala. Studenti nejčastěji konzumují kávu, kolové nápoje, energetické nápoje a čaj. I když se kofein jeví jako neškodný, i u něho se může vyvinout určitá forma závislosti, zejména u povzbuzujících nápojů. Prodej povzbuzujících kofeinových nápojů by mohl být upraven zákonem, s omezením zákazu prodeje osobám mladším 18 let.

Mládež si bohužel neuvědomuje, co vše tyto drogy dokáží způsobit. Je tedy hlavně na rodičích, aby své děti naučili žít ve světě, který není ideální, a bez drog.

Není možné toto závažné téma zcela popsat na několika stranách bakalářské práce. Přesto považují zpracované informace za velmi důležité vzhledem k množství informací z různých publikací, které jsou

nám k dispozici. Vztít na vědomí, zdůraznit a opakovat problematiku legálně dostupných drog nám může pomoci pohnout se správným směrem. Věřím, že získané výsledky z tohoto průzkumu pomohou k zpřehlednění dané problematiky a povedou k zvýšení či vytvoření programu prevence na zúčastněných školách. Popřípadě budou také podnětem pro zvýšenou spolupráci s rodiči a externími pracovníky, podílející se na předcházení zneužívání návykových látek. Každé nekontrolované užívání drog je cesta do těžké životní situace, která uživatele drogy stáhne na dno.

Doporučení k primární prevenci na zúčastněných školách

Na základě poznatků, které jsem získala pomocí empirického šetření a rozhovorů s metodiky primární prevence na uvedených školách, mohu konstatovat, že dotazovaní studenti mají poměrně veliké zkušenosti s legálně dostupnými drogami. Dle mého názoru je nezbytné:

- vytvořit systematické, preventivní a kontrolní opatření proti užívání návykových látek
- více a účelněji se zaměřit na důvody jejich užívání, hledat jejich konkrétní rizikové a ochranné faktory
- aktivně a zajímavou formou seznamovat mládež se zdravotními a sociálními důsledky plynoucími z užívání návykových látek
- prohlubovat základní informace týkající se nejen návykových látek, ale především prevence jako takové
- do preventivních programů na školách zapojit více rodiče, protože v blízkém okolí jedince vzniká ten největší problém
- více motivovat mládež k vyhledávání aktivit podporujících zdravý životní styl, rozvoj osobnosti a sociální chování
- vést mládež k odpovědnosti za sebe i za své chování
- být pro mládež pozitivním vzorem, spolehlivou, ale neautoritativní oporou, která jim vytyčuje nutné hranice i ponechává prostor pro jejich osobitý vývoj
- dávat mládeži správný poměr volnosti a kontroly
- změnit postoje k užívání návykových látek, aby se jejich neužívání stalo pozitivní sociální normou, aby bylo moderní neužívat návykové látky.

V neposlední řadě bych se také pozastavila nad prací školních metodiků, kteří svou roli zastávají ve svém volném čase. U této skutečnosti vidím poměrně zásadní problém. Pokud má školní metodik prevence vykonávat svou práci maximálně kvalitně, měla by mu škola poskytnout potřebný čas, prostor a zázemí, včetně ohodnocení této funkce.

12 Seznam použité literatury

1. COMBY, Bruno. *Jak se zbavit závislosti na tabáku*. Praha: Pragma, 2007. ISBN 978-80-7349-077-5
2. CSÉMY, Ladislav, CHOMYNOVÁ, Pavla, SADÍLEK, Petr. *Evropská školní studie o alkoholu a jiných drogách (ESPAD). Výsledky průzkumu v České republice v roce 2007*. Vydání 1. Vydal: Úřad vlády České republiky, 2009. ISBN 978-80-87041-94-9.
3. Česká kardiologická společnost. *Doporučení pro léčbu závislosti*. Brno: Česká kardiologická společnost Medica Healthworld a.s., 2006. ISBN 80-239-7362-2
4. EMBLEPTON, Phil, THORN Gerard. *Suplementy ve výživě*. Vydání 1. Pardubice: Ivan Rudzinskyj. ISBN 80-902589-7-2
5. FISCHER, Slavomil, ŠKODA, Jiří. *Sociální patologie*. Vydání 2. Praha: Grada Publishing, a.s., 2014. 232 s. ISBN 978-80-247-5046-0
6. GÖHLERT, Fr.-Christoph, KÜHN, Frank. *Od návyku k závislosti*. Vydání 1. Praha: Euromedia Group, k.s. 2001. 144 s. ISBN 80-7202-950-9
7. GOODYER, Paula. *Drogy a teenageři*. Vydání 1. Praha: Slovanský dům, 2001. ISBN 80-86421-44-9
8. HAAS, M., Elson. *Detoxikační dieta*. Vydání 1. Praha: Slovart, s.r.o., 2000. ISBN 80-7209-209-X
9. HELLER, Jiří, PACINOVSKÁ, Olga a kolektiv. *Závislost známá neznámá*. Vydání 1. Praha: Grada Publishing, a.s., 1996. 168 s. ISBN 80-7169-277-8.
10. Institut zdravotní politiky a ekonomiky. *Zdravotní důsledky expozice pasivnímu kouření*. Kostelec nad Černými lesy. Vydal: Institut zdravotní politiky a ekonomiky, 2004. ISSN 1213-8096
11. IVERSEN, Leslie. *Léky a drogy*. Vydání 1. Praha: Dokořán, s.r.o., 2006. ISBN 80-7363-061-3

12. KALINA, Kamil. *Drogy v ordinaci praktického lékaře*. Vydání 1. Praha: Institut Fiala, 1997. ISBN 80-901966-5-9
13. KALINA, Kamil. *Drogy a drogové závislosti 1*. Vydání 1. Vydal: Úřad vlády České republiky, 2003. ISBN 80-86734-05-6
14. KALINA, Kamil a kolektiv. *Základy klinické adiktologie*. Vydání 1. Praha: Grada Publishing, a.s., 2008. 392 s. ISBN 978-80-247-1411-0
15. KOZÁK, Jiří a kolektiv. *Rizikový faktor kouření*. Vydání 1. Praha: KPK, 1993. ISBN 80-85267-42-X
16. KRÁLÍKOVÁ, Eva, KOZÁK Jiří. *Jak přestat kouřit*. Praha: Maxdorf s.r.o., 1997. ISBN 80-85800-62-4
17. KRÁLÍKOVÁ, Eva. *Diagnóza F17: Závislost na tabáku*. Vydání 1. Praha: Mladá fronta a.s., 2015. ISBN 978-80-204-3711-2
18. MALÁ Eva, PAVLOVSKÝ, Pavel. *Psychiatrie*. Vydání 1. Praha: Portál s.r.o., 2002. 143 s. ISBN 80-7178-700-0
19. MRAVČÍK, Viktor. *Výroční zpráva o stavu ve věcech drog v České republice v roce 2015*. Vydal: Úřad vlády České republiky, 2016. ISBN 978-80-7440-156-5
20. NEŠPOR, Karel, CSÉMY, Ladislav. *Léčba a prevence závislostí*. Vydání 1. Praha: Psychiatrické centrum Praha, 1996. 203 s. ISBN 80-85121-52-2
21. NEŠPOR, Karel, CSÉMY, Ladislav. *Alkohol, drogy a vaše děti*. Vydalo: FIT IN Praha, 1992
22. NEŠPOR, Karel, CSÉMY, Ladislav. *Bažení (craving)*. Vydalo: Sportpropag, Praha, 1999. 80 s.
23. NEŠPOR, Karel. *Návykové chování a závislost*. Vydání 3. Praha: Portál, s.r.o., 2007. 176 s. ISBN 978-80-7367-267-6
24. NOŽINA, Miroslav. *Svět drog v Čechách*. Vydání 1. Praha: KLP - Koniasch Latin Press, 1997. 348 s. ISBN 80-85917-36-X

25. PERUŠIČOVÁ, Jindřiška, PIŤHOVÁ, Pavlína, RAČICKÁ, Eva. *Diabetes mellitus a doplňky stravy*. Svazek 6. Praha: Maxdorf s.r.o., 2013. ISBN 978-7345-337-4
26. POKORNÝ, Vratislav, TELCOVÁ, Jana, TOMKO, Anton. *Patologické závislosti*. Vydání 2. Brno: Ústav psychologického poradenství a diagnostiky r.s., 2002. ISBN 80-86568-02-04
27. PRESL, Jiří. *Drogová závislost*. Svazek 9. Praha: Maxdorf, 1994. ISBN 80-85800-18-7
28. RABOCH, Jiří, PAVLOVSKÝ, Pavel. *Psychiatrie*. Vydání 1. Praha: Triton, 1998. 191 s. ISBN 80-85875-98-5
29. RIESEL, Petr. *Lesk a bída drog*. Olomouc: Votobia, 1999. ISBN 80-7198-348-9
30. SHAPIRO, Harry. *Obrazový průvodce drogy*. Vydání 1. Praha: Svojtka & Co., s.r.o., 2005. ISBN 80-7352-295-0
31. SKÁLA, Jaroslav. *Až na dno*. Vydání 4. Praha: Avicenum, zdravotnické nakladatelství n.p., 1988. 144 s.
32. SKÁLA, Jaroslav a kolektiv. *Závislost na alkoholu a jiných drogách*. Vydání 1. Praha: Avicenum, zdravotnické nakladatelství n.p., 1987. 208 s.
33. SMOLÍK, Petr. *Duševní a behaviorální poruchy*. Vydání 1. Praha: Maxdorf Jessenius, 1996. 504 s. ISBN 80-85800-33-0
34. SVOBODOVÁ, Alena, KOZÁK, Jiří. *Mládež a kouření*. Vydání 2. Praha: Ústav zdravotní výchovy, 1990
35. TYLER, Andrew. *Drogy v ulicích: mýty-fakta-rady*. Praha. Vydal: Ivo Železný, s.r.o., 2000. ISBN 80-237-3606-X
36. URBAN, Eduard. *Toxikománie*. Vydání 1. Praha: Avicenum, zdravotnické nakladatelství n.p., 1973. 196 s.
37. VÁGNEROVÁ, Marie. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. Vydání 2. Praha: Portál, s.r.o., 2000. 444 s. ISBN 80-7178-496-6

13 Elektronické zdroje

1. Mlčoch, Z. *Genetika a alkoholizmus* (online) Dostupné: [http://alkoholizmus.zbynekmlcoch.cz/cit. 1.9.2006](http://alkoholizmus.zbynekmlcoch.cz/cit.1.9.2006))
2. www.aspi.cz
3. http://www.kurakova-plice.cz/koureni_cigaret/zajimavosti-a-statistiky/co-obsahuje-cigaretovy-kour-dym/5-chemicke-slozeni-cigaretoveho-koure-co-obsahuje-kour-z-cigaret.html
4. *Mezinárodní výzkumná studie o zdraví a životním stylu dětí a školáků*, [online], Mezinárodní zpráva o zdraví a životním stylu dětí a školáků; Vydala: Universita Palackého v Olomouci 2016, [online], dostupné z: <http://hbse.upol.cz/>
5. *Pravda o inhalantech*, 2009. Foundation for a Drug - Free World (Nadace pro svět bez drog) Item 20841-12-CZE, [online], dostupné z: <http://www.drogy.cz/inhalanty/>
6. *Ministerstvo školství, mládeže a tělovýchovy*, [online], Dokument MŠMT č.j.: 21291/2010-28, Metodické doporučení k primární prevenci rizikového chování u dětí a mládeže, [online], dostupné z: <http://www.msmt.cz/vzdelavani/socialni-programy/metodicke-dokumenty-doporuceni-a-pokyny/>
7. *Pedagogicko-psychologická poradna Plzeň*, [online], Národní strategie primární prevence rizikového chování na období 2013 - 2018, Praha 2013, [online], dostupné z: <http://www.kapezet.cz/>
8. *Pedagogicko-psychologická poradna Plzeň*, [online], Koncepce prevence kriminality a protidrogové prevence města Plzně 2016-2020, [online], dostupné z: <http://www.kapezet.cz/>
9. *Sociální služby města Plzně*, [online], Katalog poskytovatelů sociálních služeb na území města Plzně. Sociální služby města Plzně, 2014. [online], dostupné z: <https://socialnisluzby.plzen.eu/>
10. *Ministerstvo zdravotnictví České republiky* [online], Marie Nejedlá. Užívání tabáku v ČR 2016. Centrum podpory veřejného zdraví, Státní zdravotní ústav [online], dostupné z: <http://www.mzcr.cz/dokumenty/spotreba-alkoholu-a-tabaku/>

11. *Drogy-info* [online], Zaostřeno 5/září 2016, Vydává: Úřad vlády České republiky, ISSN 2336-8241 [online], dostupné z: <https://www.drogy-info.cz/>
12. *Besip* [online], Alkohol a drogy [online], dostupné z: <http://www.ibesip.cz/cz/ridic/bezpecne-rizeni-vozidla/alkohol-a-drogy>

14 Seznam příloh

Příloha č. 1 Dotazník pro empirické šetření

Dotazník pro empirické šetření

Milí studenti, jmenuji se Naděžda Stachová a studuji na ČVUT v Praze obor učitelství praktického vyučování a odborného výcviku. Právě píšete svoji bakalářskou práci zaměřenou na legálně dostupné drogy. Chtěla bych vás požádat o pečlivé a pravdivé vyplnění tohoto dotazníku, který je naprosto anonymní. Vaše odpovědi budou statisticky zpracovány v mé bakalářské práci. Vaše konkrétní dotazníkové formuláře nebudou nikde uvedeny, poslouží pouze jako podklady mé bakalářské práce. U většiny otázek jsou možnosti odpovědi na výběr. U některých máte možnost odpověď doplnit.

DOTAZNÍK JE ANONYMNÍ

Pohlaví: muž - žena

Věk:

1) V kolika letech jsi prvně ochutnal/a alkohol?

- a) 5-7
- b) 8-11
- c) 12-15
- d) 16-18
- e) ještě jsem neochutnal/a

2) Kolikrát jsi konzumoval/a alkohol v posledních 30ti dnech?

- a) 1-5x
- b) 6-10x
- c) 11-19x
- d) 20 a více krát
- e) nekonzumoval/a

3) Stalo se ti za posledních 30 dnů, že jsi se opil/a?

- a) ano, 1-2x
- b) ano, 3-5x
- c) ano, 6-9x
- d) 10 a více krát
- e) nepamatuji se
- f) ne

4) Jaká je pro tebe dostupnost alkoholu?

- a) snadná
- b) celkem obtížná
- c) nemožná
- d) nevím, nevyhledávám alkohol

5) Kde si nejčastěji obstaráváš alkohol?

- a) v obchodě
- b) doma
- c) od kamarádů
- d) přes internet
- e) nepiji alkohol

6) Kde nejčastěji konzumuješ alkohol?

- a) na diskotéce
- b) v hospodě
- c) doma
- d) venku
- e) u kamaráda/ky
- f) nekonzumuji

7) Co tě nejčastěji vede ke konzumaci alkoholu?

- a) nuda
- b) parta
- c) chutná mi
- d) stres z domova
- e) stres ze školy
- f) zvědavost
- g) chci „zapadnout“
- h) nevím
- ch) nikdy jsem alkohol nezkusil/a

8) Uvědomuješ si zdravotní důsledky spojené s užíváním alkoholu?

- a) ano
- b) ne
- c) nejsem si jistý/á

9) Myslíš si, že sám/a u sebe dokážeš rozpoznat hranici mezi příležitým pitím a závislostí?

- a) myslím, že ano
- b) myslím, že ne
- c) nevím
- d) alkohol nepiji

10) V kolika letech jsi poprvé kouřil/a cigaretu?

- a) 5-7
- b) 8-11
- c) 12-15
- d) 16-18
- e) ještě jsem nekouřil/a

11) Pokud kouříš, z jakého důvodu?

- a) abych nebyl/a outsider
- b) abych byl/a „in“
- c) dělají to i ostatní
- d) chutná mi to
- e) abych zapadl/a do party
- f) nekouřím

12) Jak často a kolik cigaret jsi kouřil/a během posledních 30 dnů?

- a) vůbec jsem nekouřil/a
- b) méně než 3 cigarety za týden
- c) kouřil/a, ale ne denně
- d) < 5 denně
- b) 6-9 denně
- c) 10-14 denně
- d) 15 a více denně

13) Uvědomuješ si zdravotní důsledky spojené s kouřením?

- a) ano
- b) ne
- c) nejsem si jistý/á

14) Myslíš si, že sám u sebe dokážeš rozpoznat hranici mezi příležitostným kouřením a závislostí?

- a) myslím, že ano
- b) myslím, že ne
- c) nevím, nemám zkušenost s kouřením

15) Kde si obstaráváš cigarety?

- a) v obchodě
- b) doma, tajně беру rodičům
- c) od kamarádů
- d) balím si sám/a
- e) nekouřím

16) Jaká je podle tebe dostupnost cigaret?

- a) snadná
- b) celkem obtížná
- c) nemožná
- d) nevím, nevyhledávám

17) Jaké nápoje s obsahem kofeinu užíváš?

- a) káva
- b) čaj
- c) energetické nápoje
- d) Coca-Cola, Pepsi
- e) snažím se vyhýbat kofeinu

18) Jak často nápoje s kofeinem užíváš?

- a) denně
- b) týdně
- c) občas
- d) neužívám

19) Myslíš si, že jsi na kofeinu závislý/á?

- a) ano
- b) ne
- c) nevím
- d) občas

20) Užil/la jsi nebo užíváš během studia na střední škole nějaký lék bez lékařského předpisu?

- a) užíval/a jsem, ale už neužívám
- b) neužíval/a
- c) užívám

21) Pokud jsi v předešlé otázce odpověděl/la, že užíváš, o jakou skupinu se jednalo/jedná?

- a) léky na spaní
- b) léky na bolest
- c) léky na úzkost
- d) jiné. Jaké.....

22) Musel/a jsi již navýšit dávku, protože předešlá už nepomáhala?

- a) ano
- b) ne
- c) nemusel/a, žádné léky bez lékařského předpisu neužívám

23) Jaká je podle tebe dostupnost léků bez lékařského předpisu?

- a) snadná
- b) celkem obtížná
- c) nemožná
- d) nevím, nevyhledávám

24) Vyzkoušel/a jsi někdy čichat těkavé látky?

- a) ano
- b) ne
- c) napadlo mě to, ale nemám na to odvahu

25) Pokud jsi odpověděl/a v předešlé otázce ano, tak kdy jsi prvně zkoušel/a čichat?

Uveď věk

26) Kolikrát jsi zkoušel/a čichat těkavé látky?

- a) 1x
- b) 3x
- c) 5x
- d) 10x a více
- e) nezkoušel/a jsem to

27) Víš o tom, že ve složení cigaretového kouře je obsažen tolueen a formaldehyd (tzn. těkavé látky)?

- a) ano
- b) ne
- c) překvapilo mě to

28) Myslíš si, že je ve Vaší škole věnována dostatečná pozornost týkající se drogové prevenci?

- a) ano
- b) spíše ano
- c) ne
- d) spíše ne
- e) nevím

29) Od koho máš nejvíce informací o drogách?

- a) od rodičů
- b) od kamarádů
- c) ze školy
- d) od lékaře
- e) z internetu
- f) nemám žádné informace

30) Když máš nějaký problém, koho požádáš o pomoc?

- a) rodiče
- b) učitele
- c) partu
- d) kamaráda/ku
- e) partnera/ku
- f) nikoho, spoléhám se sám na sebe
- g) sourozence

Děkuji za Tvé odpovědi a čas strávený vyplňováním dotazníku. V případě dotazu mě kontaktuj na: stachovanada@seznam.cz

Naděžda Stachová

Evidence výpůjček

Prohlášení:

Dávám svolení k půjčování této bakalářské práce. Uživatel potvrzuje svým podpisem, že bude tuto práci řádně citovat v seznamu použité literatury.

Jméno a příjmení: Naděžda Stachová

V Praze dne: 02. 05. 2018

Podpis:

Jméno	Oddělení/ viště	Praco-	Datum	Podpis